

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE : 1970.

N° :

502

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE.

(DIPLOME D'ETAT)

par

MADemoiselle TRAN THI HIEN

née le 7-10-1941 à SAIGON

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

L'ETAT ACTUEL DU TRAITEMENT

DES PROLAPSUS GENITAUX A LA

CLINIQUE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE SAIGON

PRESIDENT : M. Paul MORIN, Professeur Agrégé de la Faculté.

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

A N N E E : I 970.

N° :

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E.

(DIPLOME D'ETAT)

par

MADemoiselle TRAN THI HIEN

née le 7-10-1 941 à SAIGON

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

L' E T A T A C T U E L D U T R A I T E M E N T

D E S P R O L A P S U S G E N I T A U X A L A

L I N I Q U E G Y N E C O L O G I Q U E E T O B S T E T R I C A L E

D E L A F A C U L T E D E M E D E C I N E D E S A I G O N

PRESIDENT : M. Paul MORIN, Professeur Agrégé de la Faculté.



- A Monsieur le Professeur Paul Morin.
Professeur de Physiologie et de
Pathologie Obstétricale de la Faculté
de Médecine de St LOUIS-LARIBOISIERE-PARIS .

quim'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

j'exprime ma profonde gratitude.

- A Messieurs les membres de mon Jury de Thèse,
Hommages respectueux.

- A tous mes Professeurs et Maîtres qui ont contribué à ma
formation intellectuelle et médicale,
tous mes remerciements.

- A mes Chers Parents,
A qui je dois tout,
qu'ils trouvent ici l'expression
de ma reconnaissance et de ma très
grande affection.

- A mes frères et soeurs.

- A tous les miens.

- A tous mes amis et amies
Tous mes meilleurs souvenirs.

...--...
.
-.-
.

- P L A N -

- CHAPITRE I : Introduction.

- CHAPITRE II : Rappel anatomique.

I- Considérations générales sur l'utérus.

II- Moyens de fixité de l'utérus et leur valeur fonctionnelle.

A- Moyens de fixité de l'utérus.

I - Le système de soutènement de l'organe : le plancher pelvi-périnéal.

2 - Le système de suspension ou d'amarrage de l'utérus : le tissu cellulaire de l'espace sous-péritonéal.

3 - Le système d'orientation : les ligaments de l'utérus.

B- Leur valeur fonctionnelle.

III - Les viscères pelviens de voisinage :

A- Vessie.

B- Urètre.

C- Uretere.

D- Vagin.

E- Rectum.

- CHAPITRE III : Rappel physiologique - Statique physiologique des organes pelviens de la femme .

I- Les forces mécaniques auxquelles sont soumis les organes pelviens :

A- Force de gravité.

B- Force de pression.

II- Disposition architecturale.

- CHAPITRE IV : Etiopathogénie des Prolapsus génitaux.

- CHAPITRE V : Rappel Clinique.

I- Troubles fonctionnels.

II- Antécédents gynécologiques et obstétricaux.

III- Examen.

IV- Formes cliniques.

- CHAPITRE VI : Traitement non chirurgical des Propalsus génitaux.

I- Traitement prophylactique.

II- Traitement palliatif.

- CHAPITRE VII ; Traitement Chirurgical des Prolapsus génitaux.
Méthodes chirurgicales de cure de Prolapsus génitaux employées à la clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Saïgon.

I- Indications thérapeutiques

II- Les procédés opératoires.

A- Opérations réparatrices :

a) Voie abdominale :

1. Ligamentopexie antérieure de Doléris.
2. Hystéropexies isthmiques.
3. Hystéropexies corporeales extra-péritonéales d'Epstein.

b) Voie vaginale :

1. Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure.
2. Opération de Manchester ou de Fothergill.
3. Interposition vésico-vaginale de l'utérus ou opération Wertheim-Schauta ou de Watkins.

B-Opérations mutilantes :

a) Voie abdominale.

b) Voie vaginale.

Procédé de Spalding-Richardson.

Procédé de Heaney.

C- Opérations obturantes :

Procédé de Lefort.

D-Cas particuliers.

III - Observations.

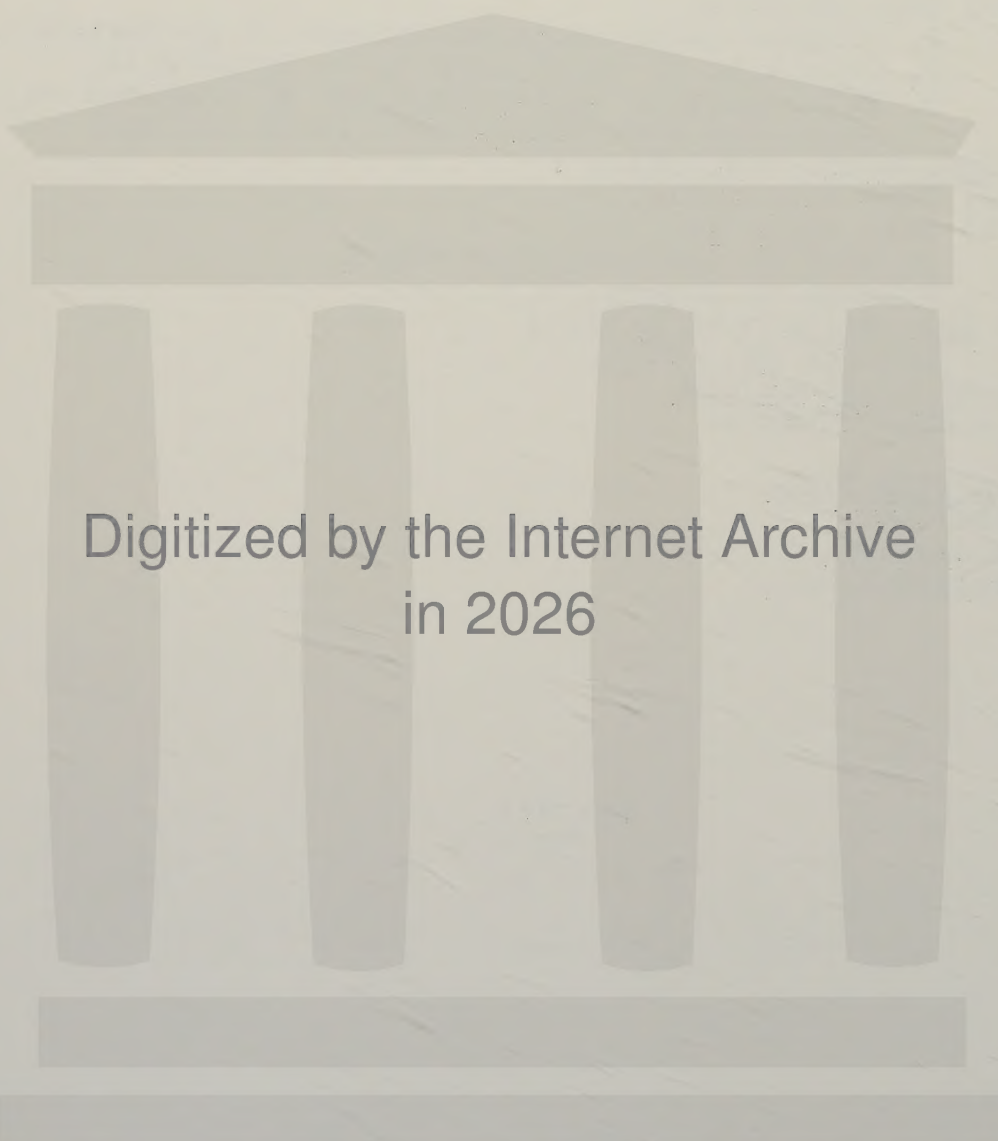
- CHAPITRE VIII.

- Résultats.

- Conclusion.

- Bibliographie.

...-...
-
:



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552006_0019

CH A P I T R E .I.

INTRODUCTION

On dit qu'il y a prolapsus toutefois qu'on observe l'existence d'une chute, d'une descente d'un organe ou d'une partie d'organe par suite du relâchement de ses moyens de fixité.

Le qualificatif de génital semble généralement plus préférable à celui d'utérin par suite de la complexité habituelle des lésions.

POZZI dans son Traité de I 897 adopte la conception de TRELAT (I 888) qui englobe sous le nom de prolapsus génital la descente de l'utérus, la colpocèle, la cystocèle et la rectocèle, étroitement solidaires qui ne se produisent isolément qu'à titre d'exception, le plus souvent se succèdent et se commandent.

PICHEVIN et DELBERT (I 901) ajoutent un élément en définissant ainsi : une rupture de la Statique Pelvienne déterminant le déplacement de haut en bas de l'appareil uro-génital.

Ainsi, le Prolapsus génital peut être défini comme le déplacement vers le bas de l'appareil vagino-utérin, avec ou sans accompagnement de cystocèle et de rectocèle déterminé par une rupture de la statique pelvienne, ces éléments tendant à faire saillie plus ou moins à la vulve.

Cette affection gênante et peu esthétique se rencontre assez fréquemment chez les Vietnamiennes de la classe pauvre, qui forment une partie non négligeable de la population.

Bon nombre de ces femmes viennent à la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté de SAIGON, pour demander le soulagement de leurs maux.

Les moyens thérapeutiques sont nombreux, ils vont de la prophylaxie jusqu'au cloisonnement complet en passant par l'abstention de tout traitement, les pessaires, les ceintures pelviennes, les pexies, les interpositions, les amputations cervicales ou fundiques, les hystérectomies.

Si le traitement prophylactique garde toujours son importance, une fois le prolapsus génital installé, les procédés palliatifs tels que pessaires, ceintures pelviennes sont considérés à l'heure actuelle comme des moyens historiques, des pis-allers qui ne doivent être réservés qu'aux contre-indications de la chirurgie. C'est alors à la cure chirurgicale avec ses diverses techniques, sa simplification, ses progrès sans cesse croissants, de prendre tout son essor.

Devant cette affection féminine dont le traitement va sans doute retentir sur la vie génitale de la femme, il n'est pas étonnant de voir que les gynécologues prennent partie pour de telles ou de telles méthodes suivant la prédominance des lésions, l'état de la femme, et surtout le goût et le bon sens du thérapeute.

Les procédés opératoires se comptent par centaines. Mais dans ce modeste travail, nous proposons seulement l'étude des interventions réalisées par les opérateurs de la Maternité TU-DU (Clinique gynécologique et obstétricale de la Faculté) depuis le début de l'année 1959 jusqu'à la fin de 1965 sur 446 cas. Ces procédés seront classés comme suit :

- 1) Opérations réparatrices laissant plus ou moins la possibilité de grossesse.
- 2) Opérations mutilantes supprimant tout désir de maternité.
- 3) Opérations obturantes interdisant les rapports sexuels.

Avant d'aborder ce chapitre sur la cure des prolapsus et de ses résultats, il nous paraît logique d'essayer d'abord de rappeler les notions anatomiques de l'appareil génital de la femme, ses moyens de fixité, sa statique physiologique, l'étiopathogénie des prolapsus génitaux, puis la clinique de l'affection.

C H A P I T R E .II.

- Rappel Anatomique -

I. - CONSIDERATIONS GENERALES SUR L'UTERUS.

L'utérus, muscle creux, organe essentiel de la gestation et de la parturition, occupe la partie moyenne de l'excavation pelvienne séparant la vessie en avant du rectum en arrière. Il est situé en dedans des trompes de Fallope auxquelles il fait suite, au-dessus du vagin qui le continue, au-dessous du paquet intestinal qui roule à la fois sur fond et sur la plus grande partie de sa surface extérieure.

II. - MOYENS DE FIXITE DE L'UTERUS ET LEUR VALEUR FONCTIONNELLE:

A/ - Moyens de fixité de l'utérus :

L'utérus est maintenu par un ensemble d'éléments anatomiques appelés moyens de fixité de l'utérus, qui sont repartis en 3 groupes :

- I) - Le système de soutènement utérin constitué par le plancher pelvi-périnéal.
- 2) - Le système de suspension ou d'amarrage constitué par le tissu cellulaire de l'espace sous-péritonéal.
- 3) - Enfin, le système d'orientation formé par les ligaments de l'utérus.

I - Le système de soutènement utérin : le plancher pelvi-périnéal :

Ce système de soutien est assuré par un ensemble musculo-aponévrotique disposé en 2 plans ; un plan ; profond constitué par les Releveurs de l'anus et un plan superficiel par le diaphragme uro-génital, le tout forme le plancher pelvi-périnéal.

La plupart des muscles et aponévroses du périnée convergent vers une masse fibro-musculaire compacte située dans le triangle recto-vaginal : le noyau fibreux central du périnée, jouant un rôle de premier plan dans la statique génitale.

2 - LE système de suspension ou d'amarrage de l'utérus : le tissu cellulaire de l'espace sous-péritonéal.

Le col utérin s'encastre non pas dans le sommet du dôme vaginal comme un bouchon dans le goulot d'une bouteille, mais plutôt dans sa paroi antérieure ; l'axe utérin oblique en bas et arrière formant avec l'axe vaginal oblique en bas et en avant un angle presque droit. Cette différence d'obliquité de ces 2 axes est un des éléments de valeur qui empêchent le télescopage de l'utérus dans le vagin. Si le corps utérin jouit d'une grande mobilité, le col de l'utérus et le dôme vaginal eux sont solidement encastrés dans le tissu fibro-celluleux de l'espace sous-péritonéal ou espace pelvi-rectal supérieur qui les amarre aux parois pelviennes. Une partie de ce tissu fibro-celluleux s'organise en un véritable tissu conjonctif de soutènement : ce sont la tente de l'artère hypogastrique avec ses lames sacro-recto-génito-pubiennes, l'aponévrose ombilico-prévésicale, le fascia recto-vaginal et le feuillet fibro-celluleux rétro-rectal de la gaine du rectum.

Ce tissu fibro-cellulaire est essentiellement formé de 2 systèmes :

a) Un système transversal reliant l'utérus à la paroi latérale du petit bassin et situé dans la base du ligament large : le paramétrium de Virchow ou ligaments transverses du col de Mackenroth, ou ligaments cardinaux de Hicks.

b) Un système longitudinal sagittal : l'aponévrose sacro-recto-génitale de Dolbet qui va du sacrum au pelvis, amarrant au passage le col et le dôme vaginal. Tout ceci forme le squelette des ligaments utéro-sacrés, vésico-utérins et pubo-vésicaux.

3 - Le système d'orientation : les ligaments de l'utérus.

L'utérus est rattaché aux parois du bassin par 3 paires de ligaments qui sont :

- les ligaments latéraux ou ligaments larges
- les ligaments antérieurs ou ligaments ronds
- les ligaments postérieurs ou utéro-sacrés.

Tous ces ligaments rayonnent du pourtour de l'utérus et sont recouverts par le péritoine qui trop mince et s'étirant facilement ne saurait jouer un rôle efficace dans le maintien de l'utérus.

a) Les ligaments larges :

Le ligament large est formé de 2 feuillets péritonéaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui

continuent les péritoines pré et rétro-utérins de façon à ce que les 2 ligaments larges droit et gauche et l'utérus constituent une véritable cloison transversale divisant l'excavation pelvienne en 2 loges :

- l'une antérieure, vésicale
- l'autre postérieure, rectale.

b) Les ligaments ronds :

Ce sont 2 minces cordons de 12 à 15 cm de long sur 2 à 3 mm d'épaisseur de tissu fibro-musculaire, tendus des cornes utérines aux régions inguinales et pubiennes. Ils contribuent à maintenir l'antéversion utérine.

c) Les ligaments utéro-sacrés :

Ce sont des faisceaux conjonctivo-musculaires naissant de la face postérieure du col ou de l'isthme utérin, contournant les faces latérales du rectum pour se terminer sur la face antérieure du sacrum soulevant le péritoine en un repli qui limite latéralement le cul de sac de Douglas.

B - Valeur fonctionnelle de ces différents moyens de fixité de l'utérus :

Les différents moyens de fixité de l'utérus ne possèdent pas une même valeur fonctionnelle au point de vue de la statique des organes pelviens.

Le corps utérin est physiologiquement mobile. Sa position normale, en antéversion est assurée par l'action conjointe des ligaments ronds attirant le fond de l'utérus en avant ; des ligaments utéro-sacrés qui maintiennent l'isthme en arrière, des ligaments larges qui jouent un rôle dans les latéro-déviationes en contribuant à la remise en place de la matrice lors de la déplétion des organes creux antérieurs et postérieurs.

L'implantation du col utérin sur la face antérieure du dôme vaginal est aussi un facteur non négligeable.

Le col est par contre solidement fixé, c'est à son niveau que vient se fixer cette étoile ligamentaire formée par les tractus sous péritonéaux et que se font les connexions si intimes avec le vagin dont la fixité contribue pour beaucoup à celle de la matrice.

Enfin, il reste à considérer le plancher musculaire pelvien qui résiste aux efforts de poussée abdominale par la contraction des muscles releveurs entraînant ainsi une occlusion de l'orifice inférieur de l'abdomen et un étranglement du canal vaginal. Le périnée postérieur par son noyau fibreux central où s'insèrent de nombreux muscles, est beaucoup plus efficace que le périnée antérieur.

Ainsi un prolapsus génital se produit toutes les fois qu'il y ait :

- 1) - Une insuffisance des releveurs et du noyau fibreux central du périnée qui fait perdre l'obliquité vaginale.
- 2) - Une verticalisation de l'axe utérin qui tend à se mettre dans le prolongement de l'axe vaginal.
- 3) - Une perte d'élasticité et de tonicité des ligaments larges et utéro-sacrés.

Une bonne cure de Prolapsus génitaux doit donc :

- Réaliser un bon ~~plan~~cher musculaire pelvien
- Remettre l'utérus en bonne direction
- Lui fournir de bonnes amarres.

Dans ce qui précède, l'élément le plus important dans le maintien de la statique pelvienne est constitué par les releveurs et les muscles du périnée. Puis vient le système fibro-cellulaire partant du col utérin et du dôme vaginal. Enfin ce sont les ligaments ronds, larges et utéro-sacrés qui semblent jouer un rôle assez restreint.

III - LES VISCERES PELVIENS DE VOISINAGE :

Seuls nous intéressent ici les viscères sous péritonéaux, c'est à dire d'avant en arrière, la vessie complétée de ses canaux afférents : les uretères et de son efférent l'uretère, le canal vaginal, enfin le rectum.

A - La vessie :

Située entre la paroi abdominale antérieure, le péritoine et le plancher pelvien, la vessie est maintenue en place par ses connexions directes ou indirectes avec le plancher pelvien et appliquée dans cette position par le péritoine.

Son sommet est relié à la cicatrice ombilicale par l'ouraque et le péritoine.

Outre l'uretère incrusté dans le plancher périnéal qui constitue un moyen de soutien important, la vessie est encore amarrée par des formations cellulaires sous-péritonéales renforcées par des faisceaux musculaires provenant de la gaine de l'artère hypogastrique.

- 1 -

Ainsi, la vessie est maintenue en place dans le sens sagittal par les ligaments antérieurs et postérieurs de la vessie et latéralement par les ligaments latéraux constitués par le fascia ombilico-prévésical, les artères et leur gaine.

B - L'Urètre :

L'urètre n'est guère fixé que par ses connexions périnéales : les 2 ligaments sous-urétraux denses partant du pubis et ne laissant pas de plan de clivage entre le vagin et l'urètre .

C - Les Uretères :

Les uretères constituent un rapport capital pour l'utérus au point de vue hystérectomie. Dans la base du ligament large, à 2 cm en dehors du col utérin, l'uretère croise l'artère utérine qui se trouve au devant de lui . Il passe ensuite contre le flanc de l'extrémité supérieure du vagin, au niveau du cul de sac latéral et s'insinue entre la paroi vaginale antérieure et la base de la vessie.

Au cours d'une hystérectomie que ce soit vaginale ou abdominale, la blessure de l'uretère est rare, les uretères ne participent pas aux mouvements imputés au col utérin.

D - Le Vagin :

Le Vagin est un conduit musculo-membraneux, médian, situé à la fois dans la cavité pelvienne et dans le périnée.

Il est limité en haut par l'utérus dont le col s'implante sur la face antérieure du dôme vaginal, en bas par les éléments du périnée et de la vulve, en avant par le réservoir urinaire et en arrière par le rectum.

Le vagin est maintenu dans son obliquité par le noeud central de périnée. Sa fixité est assurée par le tissu cellulaire sous-péritonéal, les muscles et aponévrose du périnée antérieur, les releveurs de l'anus.

E - Le Rectum :

Le rectum présente 2 segments : l'un supérieur pelvien suivant la courbure sacro-coccygienne, l'autre périnéal ou anal.

La portion pelvienne est séparée de la face

postérieure de l'utérus et du cul de sac vaginal postérieur par le Douglas qui peut entraîner une hernie périméale médiane postérieure ou élytrocèle. La portion périnéale est incluse dans le périnée postérieur où elle trouve un point d'appui solide.

La partie supérieure péritonisée possède les mêmes moyens de fixité que l'intestin. D'après R. Contamin et ses collaborateurs de Grenoble, la gaine fibreuse antérieure du rectum est considérée comme un élément solide à utiliser dans la périnéorraphie postérieure.

C H A P I T R E .III.

Rappel physiologique :

Statique physiologique des organes pelviens de la femme.

I - Les Forces mécaniques auxquelles sont soumis les Organes Pelviens.

A - Force de gravité.

Ces forces sont réparties sur le polygone de sustentation, obtenu par la projection du contour de l'organe sur le plan horizontal. Ce polygone varie avec l'état de l'organe vide ou plein et avec les positions du sujet.

Il est difficile de déterminer exactement ce centre de gravité sur un organe en place mais sur une coupe, il correspond approximativement au centre de la figure quand celle-ci est convexe.

Nous essayons de représenter les polygones de sustentation et les centres de gravité de la vessie, de l'utérus et de l'ampoule rectale sur une coupe sagittale du bassin. Remarquons que les polygones de la vessie et de l'utérus se coïncident sur une très large étendue et que leur centre de gravité respectif se projette sur la zone de superposition des polygones.

Il existe des contre-forces s'opposant à ces forces de gravité par la présence des organes suivants:
pour le vagin : le tissu cellulaire sous-péritonéal qui constitue le système d'amarrage du dôme, les connexions avec les releveurs et les vaisseaux latéraux.
pour l'utérus : il s'agit des ligaments utéro-sacrés et du système d'amarrage du col utérin et du dôme vaginal.
pour le rectum enfin, ce sont les moyens d'amarrage, la suspension aux vaisseaux.

Les bases de ces contre-forces sont formées par les releveurs.

La statique de ces viscères pelviens est obtenue s'ils résistent aux forces de gravité par une bonne suspension, un bon soutien.

B - Les forces de pression :

Bien plus puissantes que ces forces de gravité,

.../...

les forces de pression proviennent de l'abdomen.

Les muscles abdominaux et le diaphragme, par leur contraction, compriment le contenu abdominal et créent ainsi des forces de pression.

C'est grâce à leurs moyens de fixité que les viscères pelviens peuvent faire face à ces forces de pression.

Pour qu'il y ait équilibre entre les forces de gravité et les forces de pression d'une part et les moyens de résistance d'autre part, autrement dit pour que la statique pelvienne soit réalisée, il faut que les parois abdominales et le plancher périnéal soient intacts, les orifices naturels parfaitement bien contrôlés, non béant.

II - Disposition architecturale :

Le plancher pelvien se compose essentiellement de 2 plans : le plan des releveurs et plus superficiellement le diaphragme uro-génital.

Ces 2 formations semblent être synergiques dans la statique pelvienne.

A - Les releveurs de l'anus :

Les Releveurs à eux seul forment un plancher complet au pelvis par leur corps musculaire qui occupe presque toute cette étendue, par leur action contractile dans la zone périnéale et le hiatus uro-génital.

Ils neutralisent les forces de pression venues de l'abdomen en fermant en bas la cavité abdominale et en contrôlant les orifices naturels.

B - Le diaphragme uro-génital :

Situé au dessous du plan des Releveurs, il va parfaire à la fermeture de la cavité abdominale.

Le diaphragme uro-génital par sa distension permet l'abaissement du canal anal et son ouverture.

Par sa contraction synergique avec celle des Releveurs il tend le périnée, ferme l'anus, talonne activement les parties postérieures et latérales de la vulve.

Tonique, il agit dans le même sens, mais de façon permanente.

En résumé, les Réleveurs de l'anus et le diaphragme uro-génital fournissent un plan de soutien solide dépendant de la valeur contractile et de la tonicité de leurs muscles constituants qui, s'ils sont défaillants, affaiblissent la région.

C H A P I T R E .IV.

ETIOPATHOGENIE DES PROLAPSUS GENITAUX .

I - PRINCIPALES ETIOLOGIES DES PROLAPSUS GENITAUX.

Les Prolapsus genitaux se voient à tout âge, mais plus fréquemment chez les femmes d'un certain âge et qui ont des enfants. Plus le nombre des accouchements est grand, plus les conditions de Prolapsus sont favorables.

Cependant toutes les mères de famille n'en sont pas atteintes. Certains facteurs étiologiques sont bien connus et peu discutables. D'autres ne peuvent jouer qu'un rôle adjuvant. On peut les classer en 2 catégories : les causes prédisposantes générales et locales.

A - Causes prédisposantes générales :

Ce sont toutes les causes qui entraînent une hypotonie des moyens de soutien des organes pelviens à citer :

- Tous les syndromes de débilitation générale: anémie, maladie infectieuse ou nerveuse, amaigrissement, sénilité.

- Le surmenage, la misère avec son déficit alimentaire et ses carences en particulier vitaminiques.

- La survenue fréquente des Prolapsus aux environs de la ménopause n'est pas sans évoquer une origine hormonale possible.

B - Causes prédisposantes locales :

Elles sont nombreuses et bien plus déterminantes que les causes générales, à savoir :

- Pour Trélat, ce sont les particularités périnéales telles que la distance de la vulve au pubis, les dimensions du vagin, la longueur et la consistance du périnée.

- D'après Ruter (I 892), les variations de courbure du rachis, l'inclinaison secondaire du bassin ont aussi une action.

- La constipation.

- l'Inflammation génitale : métrite, paramétrite, attirant le col en avant et le corps en arrière, facteur de rétro-

version utérine, créant un déséquilibre dans le jeu de la poussée abdominale, a pu ainsi être incriminée.

- les tumeurs utérines, annexielles, voire de la paroi abdominale, rectite sténosante ou autres manifestations de lymphangite vénérienne ; les malformations congénitales particulièrement notables chez les vierges : aplasie du plancher pelvien, profondeur anormale du cul de sac de Douglas qui favorise l'élytrocèle ; le défaut de coudure utérine en avant, le spina-bifida occulte ou non ; la coexistence d'un cancer du col ou de la paroi vaginale est exceptionnelle.

Ce ne sont là que des causes mineures car les causes majeures sont liées à l'état puerpéral de la femme.

Le facteur obstétrical est prépondérant, étant à l'origine des déchirures des muscles releveurs et périnéaux qui entraînent une déficience du système de soutien utéro-vaginal.

Les accouchements les plus redoutables sont :

- les accouchements longs et dystociques (gros foetus, surdistension et élongation des Releveurs).
- les accouchements anormalement rapides qui traumatisent au maximum la filière génitale.
- les accouchements artificiels avec manoeuvres intra-utérines, emploi de forceps en application haute, embryotomie.

La répétition des grossesses ou des accouchements, les rétentions placentaires, ou les infections même légères, les mictions insuffisamment fréquentes dans le post-partum, autant de petites causes qui réunies ou répétées sur un terrain prédisposé donneront à plus ou moins longue échéance leur effet.

II - PATHOGENIE DE CES PROLAPSUS :

A - Comportement des moyens de fixité des organes pelviens au cours de l'accouchement normal :

L'accouchement est incontestablement le facteur le plus important dans la genèse des prolapsus génitaux. Etudions le comportement des moyens de fixité des viscères pelviens à ce moment.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal du plan d'arrimage subit d'importantes modifications par suite de la

distension du col qui doit laisser passer les foetus .

Ces éléments vont se distordre énormément mais s'y prêtent sans difficulté .

Les modifications du plancher pelvi-périnéal paraissent plus intéressantes à considérer.

I - Le plan des Releveurs :

Considérons le cas d'une présentation du sommet normale .

Lorsque la tête foetale attaque le plan des Releveurs, les faisceaux musculaires des Releveurs se dissocient par élongation de leur ligne d'insertion. Elle les écarte aussi dans le sens transversal pour élargir le canal génital. Sous sa poussée, les muscles se fatiguent et se laissent élonger.

2 - Le diaphragme uro-génital :

Dès que le front a dépassé le coccyx, la présentation attaque le diaphragme uro-génito-anal dont les éléments constitutants vont se dissocier et s'écarteler.

Après un accouchement normal, ces organes pelviens récupèrent leurs positions initiales d'une part grâce à leur propre tonicité, d'autre part grâce à la bonne valeur de leurs moyens de fixité.

B - Lésions obstétricales de ces moyens de fixité avec leurs conséquences : les prolapsus génitaux .

S'il y a déchirures vraies, rupture interstitielle, élongation des tissus ou même dystrophie fibro-musculaire, on n'observe pas de retour à la position normale des viscères pelviens : car le système d'amarrage perd sa tonicité et le vagin ne se ferme plus.

Parmi ces lésions, la plus grave est celle du diaphragme uro-génital. Vient ensuite, celle de la sangle génito-anale puis celle du plan d'amarrage et enfin celle des ligaments d'orientation.

Les ligaments ronds et utéro-sacrés lésés ou aplasiques jouent aussi leur rôle mais bien moindre.

Le plus souvent, l'utérus est basculé en arrière en rétro-version, entraîné par le col qui descend en avant et en bas sous la traction de la paroi vaginale antérieure.

/...
L'ampoule rectale en général se déplace peu car son plancher est rarement défailant. Tout ceci constitue le 1er degré du Prolapsus Génital qui est un prolapsus par déroulement (HUGUIER).

Dans le 2eme degré de Prolapsus, c'est l'utérus qui joue un rôle actif car la vessie, allongée, aplatie, n'est plus influencée par les pressions abdominales. L'utérus entraîne le péritoine et attire la vessie par glissement.

Le vagin, lui se retourne comme un doigt de gant.

L'ampoule rectale voit devant elle la paroi vaginale postérieure se dérouler et l'utérus s'abaisser.

Les pressions abdominales en particulier la pression intrarectale ne sont plus compensées et poussent la paroi rectale antérieure vers l'avant au niveau du vide laissé par l'utérus et le vagin qui sont déjà prolapsés dans le hiatus génital.

Lorsque le corps utérin est encore bien amarré par ses ligaments ronds, cardinaux et utéro-sacrés, le col pris entre la résistance développée par le corps encore amarré en haut et la traction en bas, s'allonge. Cet allongement est sus-vaginal et intéresse par conséquent l'isthme qui peut s'accroître de plusieurs centimètres, l'utérus devient cylindroïde. Cet allongement peut être aussi bien mécanique, qu'inflammatoire ou trophique. L'allongement et la descente du col participent aussi au prolapsus génital et s'appellent trachéloptose, non utilisé dans la littérature anglo-saxonne et introduit en France par Merger et ses collaborateurs.

Ainsi, le 2eme degré est constitué par 3 tumeurs ; cystocèle, rectocèle et entre les deux le col utérin (Béjoin et Papin).

La descente des viscères est freinée par les ligaments suspenseurs qui dans une certaine mesure retardent l'effondrement total. Mais ils s'allongent à la longue, s'étirent et se laissent vaincre.

Ce qui entraîne progressivement le prolapsus 3eme degré où l'utérus sort de la vulve, pend entre les cuisses, ayant retourné presque complètement le vagin jusqu'à l'insertion de l'hymen.

Ainsi s'explique le déroulement du prolapsus génital.

C - Les Prolapsus Génitaux des Vierges et des Nullipares :

Contrairement aux prolapsus des nullipares, ceux des vierges ou des nullipares semblent survenir chez celles présentant une malformation congénitale plus ou moins accentuée :

- Faiblesse ou aplasie congénitale du tissu de condensation sous-péritonéal
- Rétro-version utérine initiale.
- Profondeur anormale du Douglas.
- Absences du faisceau pubo-rectal du Releveur .
- Spina bifida avec paralysie des muscles du périnée.

CHAPITRE IV

Rappel Clinique.

Reconnaître l'existence d'un prolapsus est facile.

Tout le problème consiste à faire un inventaire précis des lésions afin de pouvoir décider des indications thérapeutiques. Il convient alors de préciser les troubles fonctionnels qui ont amené la malade à consulter, faire une enquête sur le passé gynécologique et obstétrical, examiner minutieusement la malade au point de vue local et général et enfin étudier quelques formes cliniques rencontrées fréquemment.

I - TROUBLES FONCTIONNELS :

Ces signes fonctionnels sont très variables et ne sont pas en rapport avec l'importance du prolapsus. Il existe des femmes qui supportent très bien durant des années et des années cet "utérus tout entier qui pend entre les cuisses comme un battant d'une cloche" tandis que d'autres ne peuvent même pas marcher alors que le col commence à peine à descendre dans la filière vaginale.

Ces femmes en général se plaignent de l'existence d'un corps étranger qui apparaît à la vulve d'abord par intermittence puis au fil des années d'une manière plus fréquente et dont elles essayent de se débarrasser en le refoulant vers le haut, ou le retiennent par des garnitures de fortune ou encore en s'astreignant à des repos prolongés au lit. Ce corps étranger peut s'extérioriser brusquement et refuse de réintégrer le pelvis, réalisant ainsi le prolapsus aigu.

D'autres, accusent une sensation de pesanteur pelvi-périnéale de tiraillements hypogastrique, lombaire ou inguinale qui exagérés par la fatigue, sont calmés au contraire par le décubitus prolongé.

Les troubles urinaires sont souvent présents : incontinence d'urine à l'effort, en position debout, dysurie ou pollakiurie.

Les troubles rectaux, constipation, ténesme, incontinence de matières ou de gaz sont par contre beaucoup plus rares.

II - ANTECEDENTS GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICAUX

Il faut rechercher, en particulier, la profession de la patiente surtout son passé gynéco-obstétrical. On s'interrogera de sa virginité (nombre d'accouchements à terme, d'accouchements prématurés, d'avortements, d'enfants vivants), de la notion d'un accouchement traumatique, d'une déchirure périnéale en sachant qu'une déchirure cutanée minime peut cacher d'importants dégâts musculaires. La date des dernières règles, de la ménopause, le désir de maternité, de vie sexuelle de la malade sont aussi à noter.

L'existence des interventions chirurgicales antérieures est à rechercher car non seulement, elles peuvent compliquer la technique opératoire du fait des accollements qu'elles ont créés dans certaines interventions par voie basse, mais elles peuvent expliquer certains types de prolapsus qu'elles ont favorisés : il en est ainsi des élytrocéles, des allongements du col apparus après les pexies abdominales. Elles nécessitent parfois un temps opératoire spécial : la défixation par voie abdominale d'une pexie.

III - L'EXAMEN .

A - L'examen local .

L'examen doit se faire en position gynécologique en faisant pousser la malade, puis en position debout. Il va préciser le type de prolapsus, la valeur des tissus périnéaux et des Relouveurs, faire un bilan gynécologique complet.

I - L'examen à l'aplanement .

L'examen visuel de la malade au repos couchée, puis après effort de Valsalva, complété par un toucher vaginal et rectal précise la variété de prolapsus.

a - L'examen au repos à l'aplanement .

La paroi vaginale antérieure peut se dérouler plus ou moins complètement. L'urétrocèle apparaît d'abord, formant à partir du méat urétral une saillie étroite et courte striée transversalement de gros plis. A un degré de plus, le bas-fond vésical suit la descente de l'urètre et forme la cystocèle. C'est une masse lisse, plus volumineuse et plus large, qui fait saillie hors de l'orifice vulvaire. L'urétrocèle et la cystocèle peuvent être associées ou exister séparément.

b - L'utérus :

Depuis Béjoin et Papin, le prolapsus peut être classé en 3 degrés schématiques :

- 1er degré : le col s'abaisse au moment de la poussée, se rapprochant de l'orifice vulvaire, mais reste intra-vaginal.
- 2eme degré: le col apparait à la vulve.
- 3eme degré: l'utérus est extériorisé complètement avec retournement complet du vagin qui forme une volumineuse tumeur en poire dont l'orifice cervical marque le sommet.

c - La paroi vaginale postérieure :

La saillie postérieure du vagin peut être isolée ou associée aux éléments précédents. Il importe de préciser s'il s'agit d'une rectocèle vraie par déroulement du rectum avec la cloison postérieure, ou s'il s'agit d'une rectocèle liée à la descente anormale du cul de sac de Douglas dans lequel viennent faire saillie des anses intestinales.

Le toucher bidigital à l'aide d'un doigt vaginal et d'un doigt rectal est la manoeuvre la plus sûre pour déceler ce déroulement recto-vaginal par le Douglas.

2 - L'état des moyens de soutènements du plancher péviniéal :

On apprécie l'état des Releveurs par la manoeuvre de l'adduction des cuisses que permet la synergie entre les 2 groupes musculaires et en demandant à la patiente pendant le toucher de faire un effort comme si elle voulait se retenir d'aller à la selle.

On peut différencier les cas où les muscles sont puissants et de bonne qualité de ceux où ils apparaissent sans grande valeur.

- Il faut aussi étudier la valeur des plans périnéaux superficiels :

Le toucher bidigital, à la fois vaginal et rectal permet d'apprécier l'épaisseur du coin périnéal restant .

3 - Le bilan gynécologique :

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum

doivent apprécier :

- l'état de la muqueuse vaginale qui peut être infectée.
- l'état du col : soit une anomalie du col ; allongement hypertrophique ou atrophique, soit des lésions inflammatoires ou même des lésions suspectes qui feront pratiquer avant toute intervention, les examens habituels de dépistage du cancer (frottis, biopsie, curetage biopsique).
- l'état du col utérin : son orientation, rétroversion ou rétroflexion ; existence possible d'un fibrome.
- l'état des annexes puisque leur dystrophie peut nécessiter la voie haute.

L'hystérométrie, l'hystérosalpingographie s'avèrent parfois utiles.

On doit aussi pratiquer un examen urologique complet qui montrera le degré de procidence de la vessie, la recherche d'une cystite, d'une hydronéphrose et de la valeur fonctionnelle rénale doit être effectuée :

On insiste sur les examens suivants :

- Analyse des Urines :
 - . Recherche de l'albumine et du sucre.
 - . Examen cyto-bactériologique du culot urinaire avec évaluation du débit hématique-leucocytes minute.
- urée sanguine.
- Urographie intraveineuse.
- Urétrocystographie rétrograde.

B - Examen Général :

L'examen général est indispensable, qui précise le terrain, les tares viscérales associées, l'état général, l'état cardio-vasculaire, le système veineux avec existence ou non de phlébite du post-partum, puisque les interventions périnéales sont réputées thrombogènes, les poumons. Comme examens paracliniques, on demande : la numération globulaire, formule leucocytaire, le taux d'hémoglobine dans le sang, le temps de saignement, de coagulation, la glycémie et une radiographie pulmonaire.

Ce n'est qu'au terme de ces investigations cliniques et paracliniques que l'on peut prendre une décision thérapeutique adéquate.

IV - FORMES CLINIQUES :

A - Formes anatomiques :

Les lésions anatomiques du prolapsus peuvent être isolées ou associées de façon très variable. Chaque prolapsus peut avoir ainsi son originalité.

- certains prolapsus sont uniquement antérieurs. Ils affectent la vessie, la paroi vaginale antérieure et s'accompagnent d'un abaissement variable du col.

- D'autres n'intéressent que l'utérus seul.

- D'autres sont postérieurs dont le type est l'élytrocèle isolé ou congénital.

Certains prolapsus comportent des lésions associées :

- Des lésions sphinctériennes, urinaires ou anales, qui nécessitent un temps thérapeutique spécial.

- Des lésions utérines à savoir des fibromes qui du fait de leur taille peuvent imposer un abord abdominal complémentaire.

- Des tumeurs ovariennes bien que rares, leur intérêt réside dans le fait que l'ablation de ces tumeurs ovariennes ferait régresser le prolapsus.

B - Formes selon le terrain :

- les prolapsus volumineux des femmes âgées à l'état général déficient.

- Le prolapsus des vierges ou des nullipares très rare, qui réalise en général un prolapsus utérin pur.

C - Prolapsus survenant à la suite d'une intervention :

Il en est ainsi des prolapsus après hystérectomie totale ou subtotale : prolapsus du col ou du dôme vaginal restant qui pose de difficiles problèmes thérapeutiques.

Mais aussi des élytrocèles et peut être des cystocèles après pexies abdominales.

Toutes ces considérations guident le geste thérapeutique.

C H A P I T R E -VI-

Traitement non chirurgical des prolapsus génitaux.

I - TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

I - Il comporte le respect du temps périnéal au cours des accouchements.

L'épisiotomie large à la demande, tôt pratiquée, correctement réparée, évitera les déchirures périnéales complètes ou compliquées.

Dans notre service, nous pratiquons systématiquement l'épisiotomie :

- chez les primipares à périnée étroit

- chez les primipares qui nécessitent une manoeuvre obstétricale telle que application de forceps ou de vacuum extractor.

2 - Au cours des Interventions chirurgicales :

Toute décision d'hystérectomie abdominale exige un examen du périnée et peut indiquer un temps périnéal spécial.

Mais la meilleure prévention est la pratique de l'hystérectomie vaginale chaque fois qu'elle est possible.

II - TRAITEMENT PALLIATIF :

Aux temps d'Hippocrate, le prolapsus génital a été traité de la manière suivante :

Lavage des parties ayant fait issue avec "du vin noir", reposition manuelle, enfin repos au lit une semaine au moins, les pieds surélevés.

Au Moyen-Age et à la Renaissance, on voyait des Médecins bien intentionnés s'attaquer au prolapsus au fer rouge, voire avec des lézards et des souris pour inciter l'organe erratique à regagner une place plus convenable. (Rodrigue de Castro).

Puis on a eu recours aux ceintures pelviennes,

aux pessaires qui ne sont appliqués que chez les femmes âgées.

Quant au traitement médical, il ne peut espérer constituer à lui seul un traitement du prolapsus mais il ne doit jamais être négligé.

Outre le traitement d'une cystite par les sulfamides et les acidifiants urinaires, le traitement oestrogénique par son action sur les muqueuses vaginales peut parfois permettre une amélioration fonctionnelle, une dissection plus facile du fascia au cours de l'opération, et constitue toujours une excellente préparation à l'intervention.

La vitamine E a été également proposée.

La cure chirurgicale véritable traitement des Prolapsus génitaux, mérite d'être disséquée dans un chapitre à part.

C H A P I T R E -VII-

Traitement chirurgical des prolapsus génitaux:

Méthodes Chirurgicales de Cure des Prolapsus Génitaux
Employées à la Clinique Obstétricale et Gynécologique
de la Faculté.

I - INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Les indications sont difficiles à poser, tant sont variables les tableaux cliniques et la préférence de chaque chirurgien. Elles doivent tenir compte de :

1) l'âge de la malade : la possibilité de maternité chez la femme jeune, le renoncement ou non à la vie génitale chez la femme âgée.

2) Des lésions, le type exact du prolapsus et les lésions gynécologiques associées.

3) Du terrain qu'il faut explorer minutieusement " car on ne meurt pas d'un prolapsus génital, mais on risque de mourir de l'intervention".

A)- Il est des cas où toute chirurgie est contre-indiquée :

C'est celui des femmes âgées où le prolapsus génital passe au second plan derrière des tares organiques, faisant courir un risque opératoire déraisonnable.

B)- Il existe d'autres cas où la chirurgie est momentanément contre-indiquée :

Ce sont les prolapsus discrets de la femme en pleine période de fécondité et appelée à avoir des maternités ultérieures.

C)- Il est par contre des cas où la chirurgie apparaît comme une nécessité :

Dans ces cas, la cure chirurgicale doit être envisagée suivant les fonctions de reproduction.

I) Chez une femme jeune, en pleine période d'activité génitale :

Après avoir pesé soigneusement les indications

.../...

opératoires, il faut pratiquer :

- une colporraphie antérieure avec reconstitution d'un hamac sous-vésical.
- une myorraphie des releveurs pas trop serrée et éventuellement la cure d'une rétro-déviation utérine.

2) Chez une femme désirant une vie génitale normale mais qui a franchi l'âge de la gravidité.

Il ne peut y avoir d'opération standard en matière de prolapsus car chacun a sa personnalité.

Il semble préférable de faire une hystérectomie vaginale devant les volumineux prolapsus extériorisés surtout ceux accompagnés d'endométrie hémorragique ou de col ulcéré.

Dans les autres variétés moins importantes, se discutent suivant les cas et aussi suivant les préférences personnelles.

- l'opération de Manchester,
- l'interposition vésico-vaginale de l'utérus.

3) Chez une femme âgée, renonçant à toute activité génitale.

Le cloisonnement élargi du vagin est le plus souvent indiqué à moins que l'uterus suspect n'impose une colpo-hystérectomie vaginale.

Ainsi, les procédés sont multiples.

Il faut retenir toutefois que la colpopéri-néorraphie postérieure est un temps fondamental pratiquement toujours indiqué quels que soient les autres procédés employés.

Quant aux prolapsus après hystérectomies, ils posent des problèmes thérapeutiques difficiles.

II - LES DIFFERENTS PROCEDES OPERATOIRES :

Les malades porteuses de prolapsus génitaux, la plupart des multipares, qui sont venues consulter à la Maternité TU-DU, Clinique Gynécologique et Obstétricale de la Faculté, présentent tous les types de lésions sous diverses combinaisons possibles.

Les interventions réalisées sur 446 cas, du début de I 959 jusqu'à la fin de I 965, par divers opérateurs du Service peuvent se classer comme suit :

A)- Les opérations réparatrices :

a) voie abdominale :

- Ligamentopexie antérieure de Doléris.
- Hystéropexies isthmiques.
- Ventrofixation extra corporeale de l'utérus ou méthode d'Epstein.

b) voie vaginale :

- Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure.
- Opération de Manchester ou de Fothergill.
- Interposition vésico-vaginale de l'utérus ou opération de Wertheim-Schauta ou de Watkins.

B)- Les opérations mutilantes :

- a) Hystérectomie par voie abdominale.
- b) Hystérectomie par voie vaginale.

- Procédé de Spalding-Richardson
- Procédé de Heaney.

C)- Les opérations obturantes :

- Procédé de Lefort.

D)- Quelques cas particuliers :

Nous insistons particulièrement sur le procédé de Heaney ou hystérectomie totale vaginale avec fixation des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne et périnéorraphie, qui n'est appliquée dans notre clinique qu'à partir de I 962 et qui est le plus utilisé durant ces dernières années car il est à la fois simple, élégant, rapide, donc peu choquant et surtout efficace (I 59 cas en 4 ans sur 446 cas au total, soit 35,7 %).

Quant aux autres procédés, nous indiquerons pour chacun le principe directeur, la technique suivie, les résultats avec tableau récapitulatif ; nous réservons

-23-

un paragraphe pour citer les observations avec protocole opératoire que nous avons pu tirer de notre clinique pour illustrer les différentes méthodes.

Nous réunirons ensuite en tableaux, les bilans chiffrés des résultats obtenus de ces différentes méthodes dont nous ferons plus tard des études critiques et comparatives.

Enfin, une conclusion sur cette cure chirurgicale des prolapsus génitaux va clore notre petite étude.

A)- Les opérations réparatrices :

Elles visent globalement à :

- refaire un soutènement solide en reconstituant la sangle des releveurs par la colpopérinéorrhaphie postérieure.

- reconstituer un plancher uro-génital solide par la colpopérinéorrhaphie antérieure simple, l'opération de Manchester ou de Fothergill, ou l'interposition vésico-vaginale de l'utérus ou opération de Wertheim-Schauta ou de Watkins.

- rétablir l'utérus en position normale par des hystéropexies.

Ces interventions restauratrices peuvent être réalisées soit par voie vaginale, soit par voie abdominale.

Autrefois la cure chirurgicale des prolapsus génitaux se fait généralement par voie haute : ligamentopexie ou hystéropexie. Mais les récurrences sont fréquentes, nous allons le démontrer avec notre étude un peu plus bas.

Et depuis la découverte des techniques par voie vaginale qui sont moins choquantes et plus esthétiques ne créant pas de cicatrice abdominale, on donne surtout la préférence à ces dernières.

Ainsi dans notre Service, avant I 950, la méthode abdominale est presque de règle tandis qu'à partir de I 960, nous avons presque abandonné la voie haute pour recourir surtout à la technique de Manchester, de Watkins. Les résultats sont meilleurs.

a) Voie abdominale :

I/ Ligamentopexie antérieure de Doléris ou fixation

.../...

des ligaments ronds à la paroi abdominale.

- Principe :

Ch. BEEK et DOLERIS font appel aux ligaments ronds dans la grande majorité des pexies indirectes de l'utérus, ils les utilisent chacun selon leur idée. Nous prenons comme type de description celle utilisée par DOLERIS .

- Technique:

Le principe est de faire passer les ligaments ronds à travers le muscle droit et de les amarrer l'un à l'autre sur la ligne médiane.

Cette inclusion pariétale est faite le plus souvent à l'aide d'une incision médiane.

Cette fixation très externe ne permet pas d'unir l'un à l'autre les deux ligaments et nécessite leur amarrage in-situ à la face profonde de l'aponévrose ou à l'arcade crurale à la manière de DOUAY.

Le meilleur moyen est de prendre chaque ligament dans un catgut fort, à 5 cm de son insertion utérine et de réaliser la fixation à moins de 2 travers de doigt au dessus du pubis.

- Résultats :

Nous avons eu l'occasion de pratiquer les ligamentopexies de DOLERIS chez 25 malades. Ce sont des femmes âgées de 20 à 75 ans. Ces opérations sont en général isolées en raison de l'hypoplasie de la suspension alors que le périnée est conservé.

Trois grossesses après ligamentopexie se déroulent normalement. Cependant, les récidives sont fréquentes, 6 femmes sont venues pour récurrence de prolapsus et sont alors traitées par d'autres procédés.

- Tableau récapitulatif :

Nombre de cas:	Age :	Parité :	Résultats :
25	:20 ans	:nullipare	: - 6 cas revus dont :
:	: à	: et	: 6récidives totales. :
:	:75 ans	:multipare	: - 3 grossesses se :
:	:	:	:déroulant normalement:

2/ Hystéropexies isthmiques ou ventrofixation de l'utérus ou Hystéropexies directes.

L'idée des hystéropexies isthmiques est venue à la suite des grands déboires obstétricaux que procurent les hystéropexies corporéales. Leurs auteurs pensent que la fixation n'interessant que la portion isthmique ne compromet pas la grossesse. Cependant, cette fixation d'une portion peu résistante du myomètre est aussi moins solide. On assiste fréquemment à une bascule en arrière du corps par flexion pour peu que le muscle utérin soit altéré, ce qui est le cas des rétroversions. Aussi dans ces cas, la pexie isthmique est elle complètement abandonnée. Dans les cas de prolapsus chez une femme désirant encore des grossesses, l'hystéropexie directe est écartée au profit d'autres techniques. L'hystéropexie isthmique entre les mains de Pierre DELBERT donne des résultats favorables au point de vue troubles fonctionnels et de la statique de l'utérus ; elle n'a pas provoqué de troubles au cours de l'évolution de la grossesse, mais elle semble à l'origine de quelques dystocies.

- Résultats :

Les hystéropexies isthmiques pratiquées dans notre Service sont au nombre de 18 cas. Il s'agit de femmes âgées de 22 à 44 ans, l'âge moyen est de 33 ans. Elles présentent presque toutes un prolapsus total (3 cas de prolapsus du 2eme degré) la plupart multipares mais aussi une nullipare de 22 ans. Deux cas sont associés à une périnéorraphie complète, 2 autres à une seule périnéorraphie postérieure. Quatre femmes sont revenues elles mêmes pour récidives de prolapsus. Une autre présente une grossesse presque à terme et on doit recourir à une césarienne pour pouvoir sortir l'enfant. Une hystérectomie subtotale lui fait suite.

- Tableau récapitulatif :

Nombre de cas	Age	Parité	Résultats
18	22 à 44 ans âge moy 33 Ans	2 multipares 2 nulligestes	- 4 cas revus dont 4 récidives totales. - une grossesse presque à terme.. Cesarienne suivie d'hystérectomie subtotale.

3/ Ventrofixation extra-corporeale de l'utérus ou méthode d'Epstein .

- Technique :

1er temps : incision cutanée

On fait une incision médiane sous-ombilicale débutant à 2 travers de doigt environ au dessus de la symphyse. On réalise une ouverture à droite et à gauche de la gaine des Droits, et une excision d'un lambeau aponévrotique compris entre les muscles de la même longueur que celle de l'incision.

2eme temps : Section des ligaments de l'utérus .

L'abdomen étant ouvert, on attire l'utérus en dehors, on sectionne les trompes et les ligaments ronds au niveau des cornes utérines. Le ligament large ainsi exposé est disséqué le long du bord latéral de l'utérus jusqu'au niveau du col, puis on sectionne les feuillet antérieurs et postérieurs. L'utérus ainsi libéré de ses attaches antéro-latérales peut être attiré complètement à l'extérieur, entraînant les parois vaginales antérieures et postérieures. Les moignons liés des ligaments ronds et larges sont fixés par une ou deux sutures de la séreuse à la face antérieure du col.

3eme temps : Inclusion de l'utérus dans la gaine des Droits.

L'utérus étant obliquement attiré en haut et en arrière vers l'ombilic, on procède à la suture de la plaie péritonéale et musculaire située en avant de lui. Le dernier point de suture passe à travers la paroi antérieure du col ou de l'isthme et constitue le premier point de fixation de l'organe à la paroi. On relève ensuite le corps utérin en le dirigeant en avant vers le pubis pour reformer la partie de la plaie située entre l'ombilic et la face postérieure du col. Un premier plan de suture à points séparés intéresse le péritoine et le fascia transversalis. Un deuxième plan accole les muscles Droits sur la ligne médiane. La suture la plus proche de l'utérus passe à travers la paroi antérieure du col. Tout le corps utérin se trouve alors en dehors de l'abdomen. Le col est enserré et fixé dans l'anneau musculaire formé par les Droits. L'utérus est rabattu sur ce lit musculaire et maintenu attiré en arrière. En avant, on suture les deux feuillet antérieurs de la gaine des Droits en prenant dans toute la zone qui recouvre la face antérieure de l'utérus des points perforants intéressant la séreuse et la musculeuse de l'organe. On termine par la suture cutanée.

- Résultats :

Nous avons réalisé 14 ventrofixations extra-corporéales de l'utérus dont 6 sont associées à une périnéorrhaphie postérieure, chez des multipares âgées de 36 à 52 ans, âge moyen 44 ans. La plupart sont porteuses de prolapsus du 3ème degré. Deux malades seules sont revenues pour récidives de prolapsus. Quant aux autres, nous les avons perdues de vue.

- Tableau récapitulatif :

Nombre de cas	Age	Parité	Résultats
14 cas	36-52ans	multipari-	2 cas revus avec :
	âge	té	récidives totales.
	moyen		
	44 ans		

- Conclusion sur les voies hautes :

Il en résulte un échec fréquent :

- I - Ligamentopexie : 6 échecs sur 25 opérées.
- 2 - Hystéropexie : 4 échecs sur 18 cas.
- 3 - Ventrofixation : 2 échecs sur 14 cas.

b) Voie vaginale :

Rappelons qu'à l'heure actuelle, les différents auteurs du monde ont tendance à abandonner la voie haute au profit de la voie basse dans la cure chirurgicale des prolapsus génitaux. Aussi profitons nous de l'occasion pour étudier la préparation de la malade à l'intervention, les complications possibles et les soins post-opératoires qui peuvent d'ailleurs s'appliquer dans les autres cures de prolapsus par voie vaginale aussi bien dans les opérations mutilantes qu'obturatrices.

I - Préparation de la malade à l'intervention:

Un examen clinique et paraclinique complet de la malade est exigé afin d'avoir une idée sur l'état des poumons, de l'appareil cardio-vasculaire, de la crase sanguine, des reins et du tube digestif. Le dosage de la glycémie et de l'urée sanguine s'avère nécessaire.

Toutefois, il ne faut pas être trop rigoureux et se souvenir qu'une intervention par voie vaginale est beaucoup plus bénigne qu'une opération par voie abdominale même chez les gens âgées.

L'intervention ne doit pas avoir lieu au moment des règles car le flux menstruel empêche les soins d'asepsie du vagin ; d'autre part, les tissus génitaux congestionnés à cette période, se prêtent mal à la chirurgie. Le moment optimum semble être du 12^e au 14^e jour du cycle.

La région périnéo-vaginale mérite des soins particuliers. Les érosions vulvo-vaginales, les cervicites doivent être traitées à la fois par une antibiothérapie générale et des antiseptiques faibles locales (eau Dakin, eau mercurochromée...)

L'avant veille et la veille du jour de l'intervention la malade est soumise à un régime liquide ou semi-liquide en tout cas léger où sera exclus tout aliment riche en cellulose.

Le jour d'intervention, on réalise successivement :

- une toilette locale après rasage soigneux pubo-vulvaire,
- une injection intra-vaginale d'antiseptiques,
- une réduction si possible du prolapsus qui sera maintenu par une garniture stérile jusqu'à la salle d'opération.
- une medication pré-anesthésique par 1/4mg d'atropine et 50 à 100 mg de phénergan par voie intramusculaire.
- enfin un sondage vésical.

- Anesthésie :

On a recours aux anesthésies générales modernes dans la majorité des cas, il s'agit de Nesdonal + Oxygène + Ether. Elles doivent tenir compte de l'âge de la patiente de ses tares et déficiences organiques et des accidents techniques per-opératoires qui peuvent obliger à prolonger l'opération.

Du sang isogroupe doit être prêt. Un flacon de 250 cc. suffit largement.

- Position de l'opérée :

L'opérée est placée en position de lithotomie, cuisses en flexion sur le bassin d'un angle de 135° et en abduction de 45°, les jambes reposant sur les porte-jambes, le bassin débordant légèrement le rebord de la

table d'opération, la ligne des deux épines iliaques antéro-supérieures devant être parallèles à ce rebord. La position de Trendelenbourg associée s'avère parfois nécessaire.

- Position de l'opérateur et ses aides :

L'opérateur est assis confortablement sur un tabouret en face du périnée. Le premier aide se tient debout à sa gauche et à sa droite le deuxième. Ce dernier, bras droit autour de la cuisse gauche de la malade, est chargé de manier les valves vaginales, de tenir les pinces de traction et de présenter correctement le champ opératoire au chirurgien. La table à instruments du premier aide est à sa droite. Celle de l'opérateur est à sa droite, entre lui et le deuxième aide.

Une instrumentiste se tient derrière la table à instruments de l'opérateur.

- Instrumentation :

L'instrumentation est la même dans toute intervention vaginale avec quelques différences près.

- Pour bien exposer le champ opératoire, il est indispensable de disposer un jeu varié des valves. Nous employons soit la valve à poids de Steiner-Auverd, soit les valves du Doyen de taille variée ou les valves "Finger retractors" plus fines ou les valves de Jackson pour récliner les parois latérales du vagin. Les écarteurs de Farabeuf sont parfois nécessaires.
- Les pinces de Museux ou de Pozzi servent à saisir le col utérin et à y exercer des tractions.

Les autres outils indispensables sont ;

- Le bistouri à lame interchangeable.
- les ciseaux de Mayo droits et courbes de différentes tailles.
- les ciseaux droits à points mousses pour couper les fils.
- des pinces à disséquer avec ou sans griffes, courtes pour les manœuvres de surface et longues pour aller en profondeur.
- les champs d'Allis assurant une prise solide permettent de récliner mieux que les pinces de Chaput.
- les pinces de Kocher, de Lerich (ou de Halsted) sont nécessaires pour l'hémostase de petits vaisseaux.
- les fils de Catgut simple ou chromé, à enfiler ou serti, de différentes calibres (00, 0, 1, 2) sont indispensables pour les sutures.

- différentes aiguilles sont utilisées :
 - . des aiguilles droites et courbes, à section arrondie ou triangulaire, portant des talons où est serti le fil ou des chas qui recevront le fil.
 - . des aiguilles de Réverdin de différentes courbures.
- des portes aiguilles de différentes formes.
- des sondes vésicales à demeure de Malécot , de Pezzer, ou mieux de Foley.
- le champ opératoire est particulier, portant en son milieu un trou carré, laissant apparaître la région périnéale et deux bottes pour protéger les membres inférieurs.
- La région à opérer, périnée et vagin, est désinfectée par une solution aqueuse de mercurochrome à 2 %.
- l'éclairage général assuré par un bon appareil scialytique est complété quand il s'agit d'opérer en profondeur par des projecteurs d'appoint correctement dirigés.

2 - Les procédés opératoires :

a) Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure :

La colpopérinéorrhaphie isolée est rare, par contre, elle constitue un temps complémentaire toujours nécessaire dans la cure chirurgicale.

I) Colpopérinéorrhaphie antérieure :

- But :

Elle vise à rétrécir le vagin, à supprimer l'incontinence urinaire et à traiter la cystocèle plus rarement l'urétrocèle.

Cependant, isolée, elle n'est pas efficace car le périnée antérieur dépourvu d'éléments solides va tôt ou tard se laisser distendre si elle ne s'appuie pas sur un périnée postérieur solide qui sera obtenu par une bonne colpopérinéorrhaphie postérieure.

- Technique :

1er temps : Incision vaginale et dissection de la vessie.

On fait une incision vaginale pré et sus-cervicale à la manière de Crossen. On dissèque la face postéro-inférieure de la vessie en la décollant au doigt et à la compresse. Le décollement est poussé en haut jusqu'au cul de sac péritonéal et en bas jusqu'à un centimètre du méat urétral.

2eme temps : Dissection et suture du Fascia de Halban.

On dissèque ensuite soigneusement le fascia de

.../...

Halban, plus ou moins rétracté sur les parties latérales à l'aide de la pointe des ciseaux de Mayo. La plicature et la suture du fascia de Halban avec du catgut ordinaire N° 0 par des points en X allant de la région sous urétrale jusqu'au fond du vagin, associées à des points sous-cervico-vésicaux destinés à créer une singulation sous-vésical solide.

3^{ème} temps : Colpoponnie, Colporraphie :

On incise en T le périné triangulaire, triangle isocèle, à sommet supérieur et dont la médiane issue de ce sommet est constituée par la branche verticale du T renversé de Crossen. On suture bord à bord la muqueuse vaginale par des points en X au catgut chromé 0, ou par un sujet allant de la région sous-urétrale jusqu'à la jonction des 2 branches du T renversé de Crossen.

Résultats :

Si la colpopérinéorraphie antérieure associée à d'autres techniques est presque toujours de mise dans la cure chirurgicale de Prolapsus, isolée par contre, elle est rare. Durant toute la période de notre étude (7 ans) nous n'observons qu'un seul cas, réalisé chez une récidivante de Prolapsus.

2) Colpopérinéorraphie postérieure.

- But :

Elle vise essentiellement à réparer les dégâts du périnée postérieur, l'effondrement de l'éperon périnéal (noyau fibro-musculaire central du périnée) et la rectocèle.

La reconstitution du périnée solide n'est plus à espérer lorsque le doigt introduit à travers la vulve béante n'accroche pas sous la paroi ostéo-fibreuse du bassin d'éléments musculo-aponévrotiques résistants.

Le Relveur de l'anus est l'élément actif du plancher pelvien. Selon Delbert, Proust, Duval, sa suture constitue un perfectionnement technique capital de la périnéorraphie. Cependant, il ne faut négliger en aucun cas les autres éléments : aponévrose pelvienne, éléments musculo-aponévrotiques superficiels.

Pour atteindre son but, la colpopérinéorraphie doit reconstituer le plancher pelvien, rétrécir le hiatus génitalis, refaire la sangle du Relveur qui maintient l'obliquité du vagin, rétrécir le bagin et redonner

à la vulve ses dimensions normales.

C'est une opération classique bien codifiée, indispensable à tout traitement chirurgical du prolapsus, que ce soit seule ou associée à d'autres interventions.

On distingue 2 procédés opératoires : les uns sont basés sur l'avivement, les autres sur le déroulement de la cloison recto-vaginale.

- Les procédés par avivement dérivent presque tous de celui de Simon perfectionné par Hégar. L'avivement de Simon est trapézoïdal, l'affrontement de ses bords n'est pas toujours facile à obtenir. Celui d'Hégar est triangulaire. Matin laisse intacte la colonne postérieure du vagin et fait des colpopérinéorrhaphies latérales.

Ziegenspeck lui, propose une myorrhaphie soignée et isolée des faisceaux du Releveur après avivement? On obtient ainsi un rétrécissement vaginal, un rétablissement dans une certaine mesure de l'obliquité postérieure par reconstitution de la sangle musculaire.

- Les procédés par dédoublement de la cloison recto-vaginale, se font après incision basse transversale et suture dans le sens antéro-postérieur.

Autrefois, la suture se faisait en masse. Actuellement elle est réalisée plan par plan. On préfère à l'heure actuelle la méthode de dédoublement.

Le procédé courant est celui adopté par Mocquot et Rudler, comportant successivement le dédoublement de la paroi recto-vaginale, la suture des releveurs, l'ablation d'un lambeau vaginal triangulaire, enfin la suture du périnée superficiel en masse avec le Releveur puis muco-cutanée et vaginale. On intervient sur le Douglas s'il est trop profond.

Dernièrement, le procédé de Proust et de Duval avec dédoublement et suture étendue des Releveurs, rectoplastie est largement utilisé.

- Notre technique :

- 1er temps : Ouverture du périnée postérieur.
Dissection des Releveurs.

Deux pinces d'Allis amarrent les extrémités inférieures des petites lèvres à un niveau convenable.

.../...

Le rapprochement des 2 pinces nous donne une idée du rétrécissement futur de la vulve. La zone cutané-muqueuse comprise entre les 2 pinces sera traversée au bistouri. Une autre pince est posée sur la muqueuse vaginale, à l'heure de l'incision. Le bistouri est introduit par le bord de l'incision et poursuivi à l'intérieur. On aperçoit alors, à l'intérieur, apparaît un éperon muqueux, un petit mamelon rose vaginal, clef de l'espace décollable, dont on fait sectionner pour pouvoir poursuivre la dissection jusqu'aux Relieveurs. Si l'on est dans le bon plan, la paroi vaginale est lisse et exsangue. La paroi vaginale postérieure étant complètement décollée, les Relieveurs sont reconnus, reconnaitrises en leur rôle, on les fait passer au toucher rectal véritablement lisses, sans saillies.

- 2eme temps : suture du lambeau vaginal. Les Relieveurs sont en place.

L'incision vaginale transversale initiale est suturée suivant une ligne transversale par des points en X au catgut chromé N° 1. On complète la suture par 2 points simples qui prennent en profondeur les 2 ligaments utéro-sacrés.

Les Relieveurs sont pris entre les 2 branches de la pince à disséquer et on les charge, avec une aiguille courbe de Reverdin ou mieux une aiguille ecurve certic au Catgut chromé N°2, 3, 4, 5 et 6. En général, 2 à 3 points simples suffisent. La région sacale ne doit pas être trop étirée, car elle se rétracte.

3eme temps : suture du lambeau vaginal.

On prend le lambeau vaginal en son sommet triangulaire de la paroi vaginale postérieure. Le sommet du lambeau est marqué par une pince de Kocher qui pince la paroi vaginale sur la ligne médiane. La colpocotomie postérieure, comme la colpocotomie antérieure, se fait de haut en bas, si nécessaire.

Le premier point de suture N° 3 de la muqueuse vaginale postérieure commence par un point en X à l'endroit où est posée la pince de Kocher au dessus du sommet du lambeau vaginal enlevé. L'un des chefs de fil pend au dessus de l'extrémité inférieure de l'incision vagino-vulvaire verticalisée.

Avant de poser le 2eme point de suture, nous mettons quelques points indépendants au catgut simple

qui réunissent le tissu sous-muqueux vaginal et les éléments du périnée moyen et superficiel.

Le surjet est mené tout en respectant la symétrie vulvaire jusqu'à l'extrémité inférieure de l'incision vagino-vulvaire. Le chef menant du surjet est alors noué au chef précédemment laissé en attente.

- Résultats : Nous avons réalisé 2 colpoperineorraphies postérieures isolées chez 2 rectocèles et une colpopérinéorraphie antérieure et postérieure sur un prolapsus léger.

b) Opération de Manchester ou de Fothergill :

- But :

En 1888, Donald de Manchester commence à traiter le prolapsus utérin par la colporrhaphie antérieure et postérieure associée à l'amputation du col. Depuis plus d'un demi siècle, l'opération est exécutée à Manchester par bon nombre de gynécologues à "toutes les patientes" présentant un prolapsus utérin quels que soient l'âge, la condition sociale et la parité. " Avant la modification de Fothergill, le procédé consiste à amputer le col par la méthode de Schroder et à le compléter par une colporrhaphie antérieure. Fothergill réalise une incision antérieure en forme triangulaire à base cervicale et porte cette incision autour du col pour parfaire l'amputation.

Tout désir de grossesses ultérieures constitue une objection à l'opération. Léonard remarque qu'après l'amputation cervicale, l'incidence de stérilité est anormalement élevée ; l'accouchement prématuré entre le 6ème et le 8ème mois augmente et la dystocie cervicale est commune. Les résultats de Shaw semble condamner l'opération durant la période de fécondité.

Exception faite pour le procédé de LEFORT, celui de Manchester offre plus d'avantages que les autres interventions par voie basse dans la cure des prolapsus génitaux. Elle est simple, de courte durée et cause peu de choc. Elle pourrait être pratiquée sans grand danger chez les femmes âgées ou faibles.

- Technique

La patiente est placée sur la table d'opération en position de lithotomie et préparée pour l'intervention avec la technique usuelle.

1er temps : Dilatation cervicale et curetage.

Une dilatation du canal cervical est nécessaire

pour le temps d'habillage du col ; en effet, la muqueuse vaginale postérieure sera attirée vers la tranche cervicale restante pour y être amarrée.

Puisque le corps utérin doit être conservé, il faut s'assurer qu'aucune lésion ou hyperplasie de l'endomètre n'existe. Si l'endomètre obtenu paraît être grossièrement suspect, il vaut mieux attendre les résultats de l'examen anatomo-pathologique ou faire immédiatement l'hystérectomie vaginale.

2ème temps : Incision cervicale et décollement de la vessie.

Le col est tiré en dehors par la pince de Jacobs ou de Museux et une incision en T inversé est faite à travers la muqueuse antérieure du vagin. L'incision longitudinale doit être faite sur la ligne médiane du col, à 1cm du méat urinaire, disséquant la sous-muqueuse au bistouri ou à l'aide des ciseaux courbes de Mayo.

La muqueuse vaginale est disséquée latéralement et la vessie est détachée du col prudemment avec la pointe des ciseaux de Mayo, puis après la section des piliers de la vessie, on continue le décollement avec des compresse et avec le doigt lui-même. Le décollement vésico-utérin est poussé jusqu'à ce que le repli péritonéal vésico-utérin soit apparu. La vessie doit être fixée en avant par des écarteurs.

Le plan postérieur de la muqueuse vaginale est dégagé du col de façon à obtenir une portion assez large pour couvrir facilement la lèvre postérieure du col restant.

3ème temps : Section des ligaments de Mackenroth.

Ayant libéré la muqueuse pré-cervicale aussi bien sur la face antérieure que postérieure, la base du ligament large est bien exposée, les tissus de cette région sont d'épaisseur variable. On y trouve la branche cervicale de l'artère utérine. Le tissu fibreux est clampé en masse avec un clamp Ochsner parallèlement et près du col puis coupé et ligaturé. Lorsque le col est remarquablement allongé nécessitant une large amputation, 2 pinces Kocher courbes ou Heaney sont utiles. Ceci se répète de la même façon à l'autre côté. Pour séparer en outre la circulation de suppléance, une suture par ligature au catgut chromé N°1 est placé de chaque côté du col, juste autour du point d'amputation prétendue.

-4ème temps : Section du col.

Le col est sectionné selon le pointillé.

.../...

-5eme temps : Habillage du col et transfixation,
Transposition des ligaments cardinaux.

La lèvre postérieure est recouverte par la portion postérieure de la muqueuse, la suture étant réalisée au catgut chromé N°I. les bases du ligament large ligaturées sont alors tirées ensemble et suturées en face du col sectionné. Il vaut mieux suturer la face antérieure du col afin de fixer le ligament large dans cette position.

-6eme temps : Périnéorrhaphie antérieure.

Commencant sous l'urètre, le fascia pubo-vésical qui est libéré des pans de muqueuse latéraux, est rapproché vers le milieu par des points séparés au catgut chromé N° 0.

Ce fascia recouvre tout, successivement l'urètre, la base de la vessie, la portion basse de l'utérus, et finalement une petite partie des ligaments larges qui se sont rapprochés préalablement sur la ligne médiane. Les sutures basses sont faites pour cacher la surface antérieure de la portion basse du corps utérin.

La figure (6D.) montre le fascia rapproché et l'incision de l'excès de la muqueuse vaginale.

L'excès de la muqueuse est alors excisé et la muqueuse suturée sur la ligne médiane par des points séparés au catgut chromé N°I. Il est plus avantageux de suturer d'abord l'extrémité cervicale de la muqueuse. Un fragment pénètre ainsi à l'intérieur de la lèvre antérieure du col restant comme le montre la figure 6D.

Une ou deux sutures latérales sont nécessaires pour recouvrir le col complètement. La figure 6.E montre l'opération complète.

-7eme temps : Colporraphie postérieure.

Une colporraphie postérieure est alors réalisée avec une technique appropriée pour éviter le relâchement de l'orifice vulvaire, la rétrocèle ou l'entérocele selon les cas

- Résultats :

Nous avons réalisé en 7 ans, 95 interventions type Manchester associées presque toutes à une périnéorrhaphie postérieure chez les femmes âgées de 23 à 59ans, âge moyen 38 ans ; la plupart sont multipares, seules 3 sont nulligestes. Ces patientes sont surtout porteuses

.../...

dans l'opération pénale du 3e degré associé ou non à une
 hernie. Nous ne relevons seulement que 17 cas de p
 après du 2e degré dont 3 surviennent après ligamentot
 axie antérieure, 4 cas de récurrences dont 1'un après le
 processus de l'effort, 1'autre après l'hystérectomie abdo
 minale, 1'autre après une hernie étranglée compliquée
 d'un accouchement devant de 1 mois.

La morbidité opératoire est nulle. Un seul ar
 rêt par opératoire à savoir la déchirure vésicale, e
 s'opère. Elle sera vite réparée par une suture en
 18.

2 cas sont revenus de 1 mois à 4 ans, souvent
 après un effort. Les résultats sont en général excellents.
 Nous en avons sur 3 cas dont 1'un présente un vagin la
 paroi antérieure à 1/3 inférieur, avec quelques points
 de suture de la paroi ordinaire, 2 autres présentent un
 élargissement de la paroi vaginale postérieure 2 à 5 fois
 la normale.

Enfin 2 cas de grossesse dont 1'un par voie
 naturelle, 1'autre par césarienne. L'accouchement à terme
 s'est fait par voie naturelle (on aurait dû faire la césa-
 rienne, mais comme à l'arrivée de la femme à l'Hôpital,
 le col est déjà avancé dans la dilatation, on n'avait
 pas eu le temps pour préparer la malade à une césarienne.)
 On a eu le monde d'un enfant vivant de 2 950g.
 Dans l'autre césarienne, on a accouché d'un
 enfant vivant de 2 800g. L'enfant est vivant.
 La suture et l'occlusion des plaques se font suite.

4. Résultats opératoires :

Nombre :	;	;	Résultats :
42	;	;	42 cas revus dont 2 déroulés :
1	;	;	1 cas de la paroi vaginale :
1	;	;	postérieure et un léger ré :
1	;	;	élargissement du vagin.
2	;	;	2 grossesses dont un accou :
1	;	;	chement se fait par voie na :
1	;	;	male et l'autre par césarienne :

a) Technique de la plecto-vaginale de l'utérus ou opé
ration de Schantz ou de Watkins.

1.11 :

Thomas J. Watkins a l'idée d'utiliser cette m-

41

thode pour traiter la cystocèle et le prolapsus utérin en 1898 mais ne la décrit que l'année suivante. C'est Freund qui le premier en 1895 a pensé à mettre l'utérus dans le canal vaginal pour la cure de prolapsus utérin et de la cystocèle. Watkins est dénomé opération de Wertheim. Watkins publie son opération en 1893, avant le rapport de Wertheim sous la modification de l'opération de Freund et 3 ans avant que Bucura, Assistant de Wertheim, énonce les résultats de l'opération Wertheim-Freund.

Nous référons alors l'opération sous la considération de l'opération-transposition de Watkins. Elle est généralement connue comme "opération-interposition" mais Watkins préfère le terme "transposition" depuis que l'utérus et la vessie sont transposés.

Cette opération est autrefois utilisée avec succès et de façon étendue dans John Hopkins Hospital pour prolapsus utérin et cystocèle. Les résultats sont revus indépendamment par Straw, Brady et Everett à 3 époques différentes. Leurs chiffres combinés montrent une récurrence dans 3,5 % des cas. Au contraire, on note 30% de résultats non satisfaisants quand l'hystérectomie par voie vaginale est faite pour prolapsus. Selon Everett, le degré de prolapsus n'a aucune influence dans l'indication de l'opération-transposition car les procidences complètes sont curables dans ses séries de cas, 2 cas seuls ne sont pas réussis par absence d'amputation du col ; celui-ci s'allonge et sort. Depuis lors, on ampute de routine le col même s'il ne semble pas allongé et les résultats ont obtenu des succès remarquables et constants.

L'opération semble spécialement utile quand il existe une grande cystocèle et quand l'utérus est de taille suffisante pour servir de bouchon adéquat au support de la vessie. Quand l'utérus a une structure post-ménopausique extrêmement petite et la cystocèle est grande, on doit quelquefois rapprocher complètement le fascia pubo-vésico-cervical sur la ligne médiane en face du petit utérus et réalise une hystérectomie par voie vaginale ou un Spalding-Richardson. Etant exécutée par la plupart des chirurgiens, l'opération-transposition est un procédé moins important que l'extirpation de l'utérus par voie vaginale et par conséquent causant moins de choc aux âgées ou aux patientes présentant quelques risques chirurgicaux.

Au cours des années, on observe un enthousiasme ingénu pour cette opération dans John Hopkins Hospital. Elle est encore faite par quelques aînés, mais il doit exister des limitations définies et des contre-indications

.../...

et les chirurgiens plus jeunes ne le font que rarement.

La grossesse ne doit évidemment pas faire suite à l'opération. Si elle est réalisée chez une femme en pleine période d'activité génitale, les trompes doivent être sectionnées et ligaturées. Cette question de grossesse mise de côté, l'opération est aussi peu indiquée chez la femme jeune car elle fixe la paroi antérieure du vagin à l'utérus et le vagin est moins souple qu'après un Spalding-Richardson ou une autre hystérectomie vaginale. La paroi vaginale antérieure est raccourcie comme on peut l'apprécier dans quelques exemples et le vagin résultant est moins satisfaisant au point de vue fonctionnel. Toute maladie du corps utérin est une contre-indication à l'opération bien que souvent un petit fibrome peut être réséqué et l'utérus transposé de façon satisfaisante. Mais la possibilité de maladies ultérieures est un désavantage pour les jeunes femmes qui ont encore plusieurs années à vivre durant lesquelles les fibromes et l'hémorragie peuvent se développer. L'opération doit être précédée par un curetage diagnostic afin d'exclure la possibilité de conserver un corps utérin renfermant un carcinome endométrial. Il reste toujours la possibilité du développement ultérieur du carcinome du corps utérin et ceci constitue un point contre l'opération. Evidemment, une telle possibilité est rare. Un utérus saignant fréquemment ne doit pas être transposé. Pour des raisons techniques, un grand utérus fibromateux ne peut être interposé avec succès.

Bref, nous considérons l'opération-interposition comme un procédé adéquat pour la cure du prolapsus utérin jusqu'au 3e degré chez les femmes pré et post-ménopausiques lorsque l'utérus est sain, les contre-indications ci-dessus citées devant être présentes à l'esprit. Elle possède une certaine valeur quand elle s'accompagne d'une grande cystocèle et que l'utérus ne devient pas trop atrophié ou trop grand pour servir de support à la base vésicale. Nous la préférons aussi à l'hystérectomie vaginale ou l'opération complexe de Spalding-Richardson quand l'état général de la malade ne permet pas une opération de longue durée. Néanmoins, souvent un résultat également bon peut être obtenu avec l'emploi d'une opération simple et courte telle que l'est le procédé de Manchester.

Etant donné l'existence des femmes présentant une grande cystocèle, un prolapsus peu avancé, un utérus de volume adéquat, une aponévrose pubo-cervicale pauvre, meilleures candidates à l'opération-transposition, nous croyons utile de la décrire soigneusement.

3

- Technique :

1er temps : Incision en T inversé de la paroi vaginale antérieure :

La patiente étant en position de lithotomie, on place un écarteur dans le vagin. La lèvre antérieure du col est saisi par un clamp Jacobs et le col est tiré en bas et en arrière de façon à tendre la paroi vaginale antérieure. Une incision en T inversé y est faite. Puis, avec des ciseaux courbes, on crée un tunnel sur la ligne médiane de la muqueuse vaginale par des alternatives d'ouverture et de fermeture des ciseaux et gardant l'extrémité courbée des ciseaux directement vers la muqueuse. Après avoir créé un tunnel de quelques centimètres, la muqueuse est coupée en son milieu jusqu'au méat urétral.

2eme temps : Incision du péritoine :

Les fragments de muqueuses sont disséqués latéralement exposant la base de la vessie que l'on sépare. Bientôt on trouve un plan de clivage et le doigt peut ainsi refouler le repli vésico-utérin du péritoine. Un écarteur étroit est placé dans l'espace disséqué et la vessie est repoussée vers le haut. Ceci expose souvent la surface inférieure du repli vésico-utérin. Si le péritoine n'est pas encore visible, l'utérus doit être refoulé en bas et des points de suture en 8 à la face antérieure de la portion basse de l'utérus permettent de réaliser la traction. Dès que le péritoine est visible, nous l'inciserons. Il vaut mieux placer une suture au catgut sur le bord du péritoine pour l'identification ultérieure. L'écarteur est introduit dans la cavité péritonéale et la face antérieure de l'utérus est ainsi exposée.

3e temps : Amputation du col :

L'amputation du col est alors réalisée car le fait de conserver le col favorise la descente de l'utérus. On réalise la même technique d'amputation que celle de Manchester. Seule, la lèvre postérieure du col sectionnée est couverte d'un fragment de muqueuse à ce stade. La lèvre antérieure est recouverte à la fin de l'opération.

4eme temps : Bascule de l'utérus :

Le fond utérin est ainsi libéré à travers la brèche péritonéale grâce aux clamps thyroïdiens de Lahey qui y sont particulièrement adaptées ; ils prennent l'utérus par plusieurs dents et ne l'arrachent pas comme un tenaculum ordinaire. Quand ces clamps sont inutiles, il est de notre habitude de délivrer l'utérus par des points en 8 successifs.

5eme temps : ligature et section des trompes :

S'il s'agit de femmes préménopausées, la résection des trompes doit être faite car la stérélisation est de mise. Les trompes sont ligaturées avec un catgut chromé N°0 et coupées à un centimètre de la corne utérine. La blessure de la corne est fermée avec des points en 8, au catgut chromé N°0. L'ouverture de la cavité péritonéale, fermée par des points séparés, au catgut chromé N°0, attache le peritoine à la face postérieure de l'utérus (figure 7.C.)

6é temps : Transposition de l'utérus :

Le fond utérin est suturé au pubis avec du catgut chromé N°1. Quelques points à chaque corne utérine et au pubis complètent cette fixation utérine. Il n'est pas nécessaire de porter les sutures dans le périoste du pubis comme le suggèrent certains chirurgiens. L'utérus doit être suturé au tissu avec lequel il est en contact. Il n'est pas avantageux d'inclure le périoste dans la suture. Pour empêcher le trigone de glisser derrière l'utérus, il est de notre coutume de plaquer quelques sutures matelas à travers le fond et de les porter à travers la muqueuse vaginale derrière le méat urétral.

7eme temps : Périnéorraphie antérieure :

L'excès de muqueuse vaginale est excisée. La fermeture de l'incision vaginale antérieure est faite par des points continus au catgut N°0. Chacune de ces sutures prend un morceau de l'utérus sousjacent pour oblitérer l'espace mort. Enfin, la dernière suture recouvre la lèvre antérieure du col (figure 7.E). Les muqueuses superflues sont rapprochées par des points en 8 avec du catgut chromé N°0. la section sagittale de l'opération complète montre la position définitive de l'utérus (figure 7.F). On voit qu'il est impossible de voir réapparaître une cystocèle tant que l'utérus est adhérent à la paroi vaginale antérieure. Il est absolument apparent que la direction de l'axe utérin est altérée si bien que l'utérus ne peut plus descendre dans le vagin comme un plongeur dans un cylindre.

8eme temps : Périnéorraphie postérieure :

Elle est faite selon la technique de routine.

- Résultats :

Les interpositions pratiquées sont au nombre de 21, dont 12 cas comportent une périnéorraphie postérieure.

-4-

Les opérées, toutes des multipares, sont âgées de 27 à 59 ans, âge moyen 43 ans. L'indication majeure est la grande cystocèle. 2 cas sont seulement revus à I et 6 mois, les résultats sont tous satisfaisants. La stérilisation chirurgicale est systématique chez les femmes jeunes.

-Tableau récapitulatif :

: Nombre	: Age	: Parité	: Résultats	:
: de cas	:	:	:	:
: 2I	: 27 à 59:	: Multipari:	: 8 cas sont revenus .	:
:	: ans.	: té:	: Aucune récurrence	:
:	: Moy. 43ans	:	:	:

3 - Complications - Soins post-opératoires :

Nous étudierons d'abord les complications per et post opératoires et enfin les soins post-opératoires qui doivent être observés dans toute intervention par voie vaginale.

- complications per-opératoires :

Nous pouvons citer :

- la blessure de la vessie que l'on répare par la suture en 2 plans, muqueuse puis musculuse au catgut fin.
- le traumatisme des urètres, rarissimes, si leurs rapports sont bien présents à l'esprit de l'opérateur.
- l'ouverture du rectum, non moins rare, qui sera réparée par une suture en un plan au catgut chromé fin.

Toutefois, ces complications peuvent être évitées par une bonne technique chirurgicale.

Dans toute notre série, nous ne pouvons relever qu'une complication per-opératoire ; il s'agit d'une déchirure de la vessie survenant accidentellement au cours d'une intervention type Manchester, faite en juillet I 960.

- complications post-opératoires :

Les plus fréquentes sont sans aucun doute d'ordre urinaires banales, rétention d'urine ou cystite, dues à l'infection urinaire d'origine exogène ou par un défaut d'angulation uréthro-vésicale mal réparée par l'intervention ou par un traumatisme du sphincter vésical.

- l'hémorragie, l'hématome et les suppurations de la plaie

.../...

peuvent survenir par suite de l'étendue de la zone décollée. Le phlegmon périnéal n'est jamais observé.
-les accidents thrombo-emboliques seront moins à craindre chez nous.

- quant aux complications tardives et lointaines, elles sont constituées par :

- . les fistules vésico-vaginales secondaires à une plaie vésicale passée inaperçue ce qui est évitable avec une bonne technique.
- . les récidives partielles ou totales.
- . les rétrécissements vaginaux peuvent être évités par des rapports sexuels repris assez tôt, environ un mois après la sortie de l'hôpital pour mieux calibrer le conduit.
- . les dyspareunies, qui ne sont pas encore signalées.

- soins post-opératoire :

Dès la fin de l'intervention, on installe une sonde vésicale à demeure qui sera enlevée vers le 4e ou le 5e jour. Elle permet l'évacuation des urines sans infecter la plaie opératoire et lutte contre l'atonie vésicale post-opératoire. D'après Donald A. Mc. GARRY, le sondage vésical d'une manière intermittente ou à demeure entraîne indubitablement une infection urinaire. Comme nous ne pouvons faire autrement, nous devons instituer une asepsie plus grande, plus rigoureuse lors du sondage et une antibiothérapie pré et post-opératoire. La recherche d'une infection urinaire pré-opératoire doit être systématique.

- On insère pendant 24 heures des compresses vaginales enduites de pommade sulfamidée d'une part pour soutenir le dôme vaginal pendant la toux et les vomissements ; d'autre part, dans le but hémostatique par compression en raison de l'importance des décollements tissulaires.

- des petites injections intra-vaginales d'une solution antiseptique permettent de rendre la région vulvo-vaginale aussi propre que possible à partir du 7eme jour.

- Les gaz apparaissent vers le 2 ou le 3e jour. L'évacuation spontanée des selles vers le 3e jour, sinon elle se raaidée par divers laxatifs : lait de magnésie, huile de parrafine, de ricin ou lavement à l'eau de savon.

- Pour prévenir les infections post-opératoires inévitables nous donnons systématiquement des antibiotiques aux post-opérées durant leur séjour à l'hôpital, d'ordinaire IO à I2 jours.

- Le lever ne doit pas être trop précoce pour éviter les tiraillements, les lâchages de suture, ni trop tard par crainte de complications de décubitus en particuliers les complications phlébitiques qui, heureusement n'existent pas chez nous. Elles se manifestent généralement vers le 3e ou le 4e jour.

- L'alimentation d'abord liquide n'est permise qu'après émission spontanée de gaz. Elle devient progressivement semi-liquide, pâteuse puis normale vers le 4e jour.

B - Les Hystérectomies :

Les pexies antérieures de l'utérus sont de plus en plus délaissées par suite des récurrences fréquentes et des risques non négligeables d'allongement hypertrophique du col et d'élytrocèle. Les autres méthodes conservant plus ou moins la matrice, ne semblent pas très rassurantes pour les malades à cause de la possibilité bien que rare d'une dégénérescence néoplasique qui survient d'autant plus facilement que l'organe est plus ou moins atteint d'inflammation, de traumatisme sexuel, obstétrical ou pathologique dû au prolapsus lui-même, et d'autant plus qu'il est le cible électif des troubles hormonaux si souvent constatés chez les femmes aux approches de la ménopause. En effet, le Congrès allemand de Gynécologie à MUNICH en 1960a rapporté 4% de cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale.

Les lésions utérines suspectes doivent faire pencher vers la solution d'une hystérectomie, d'autant plus si ces femmes sont âgées, ou aux approches de la ménopause ou ayant eu déjà de nombreux enfants, les interventions supprimant toute possibilité de grossesse ultérieure sont de plus en plus envisagées. A l'heure actuelle, aussi bien aux Etats-Unis, en Allemagne, en Italie, en France, qu'au Vietnam, on préfère l'hystérectomie par voie vaginale élégante et évitant une plaie abdominale à la patiente. Les techniques d'hystérectomie vaginale sont nombreuses et dépendent de la préférence de chaque gynécologue. La méthode de Heaney ou panhystérectomie vaginale associée à une fixation des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne et à une périnéorraphie, introduite en 1962 à la clinique gynécologique et obstétricale de la Faculté, est largement utilisée actuellement. Elle supplante même celle de Spalding - Richardson qui a déjà prouvé sa supériorité par son seul avantage évident qui est la simplicité.

Nous savons d'autre part que dans les prolapsus génitaux, l'utérus n'est pas le seul fautif et que son ablation pure et simple, sans aucune adjonction de procédé de réparation n'amène pas de guérison. Donc, pour être efficace, l'hystérectomie vaginale doit toujours être accompagnée d'une périnéorraphie antérieure ou postérieure ou mieux des 2 associées. Quant à l'hystérectomie par voie abdominale, elle n'est guère utilisée que dans des cas particuliers où la voie vaginale est impossible.

I - L'hystérectomie par voie abdominale :

L'hystérectomie partielle abdominale n'est ja-

.../...

mais pratiquée comme traitement de prolapsus.

Phaneuf recommande la suture de tous les pédicules sectionnés au moignon cervical ; ce qui revient à faire la cervicopexie de Fraunck-Brentano qui utilisent soit les pédicules annexiels, soit les ligaments ronds. Ils proposent en outre la suture des ligaments cardinaux interposés entre la vessie et le vagin, associée à un temps vaginal : amputation du col, colporraphie antérieure et postérieure. Heaney cloisonne le Douglas et ajoute parfois un cloisonnement recto-vaginal du bassin.

- En cas d'hystérectomie totale, on reporte la fixation des pédicules annexiels au dôme vaginal, si c'est possible. Dans le cas contraire, on utilisera seulement les ligaments ronds et les formations du rétinaculum sans oublier de traiter le Douglas. Le Gueu et Muller recommandent la fixation du col et du dôme vaginal à la paroi abdominale antérieure. Mais ces procédés offrent peu de garantie de durée et comportent dans les suites, des tiraillements possibles. Phaneuf les emploie cependant.

- Résultats :

Nous avons réalisé au total 4 hystérectomies abdominales dont 2 concernent les récidives après ligamentopexie antérieure, le 3e cas est un cas de Prolapsus associé à un fibrome utérin et le dernier prolapsus plus kyste de l'ovaire. En tous cas, on n'extirpe la matrice par voie haute que quand la voie basse s'avère difficile.

2 - Hystérectomie par voie vaginale :

L'hystérectomie par voie vaginale proposée en I 757 par Cackley est pratiquée ensuite par de nombreux auteurs, Langenbeck I 813, Jurensen I 838 sur des utérus prolapsés plus ou moins suspects de dégénérescence maligne. Edward en I 864 l'applique sur un prolapsus génital irréductible.

Ce n'est qu'en I 867 que Choppin de la Nouvelle Orléans utilise cette méthode pour des prolapsus non compliqués. Dès lors, cette hystérectomie par voie basse est largement employée dans les différents pays du monde sous diverses techniques. Cependant, les récidives sont fréquentes et la mortalité opératoire élevée (10%) ; Richelot lui-même, partisan à cette méthode la condamne au Congrès de Chirurgie en I 896.

En I 953, Mazzola exposant ses vues sur le traitement des prolapsus génitaux, prône avec ferveur l'hystérectomie vaginale en tant que cure exclusive de cette affection

.../...

en association bien entendu avec un plastic périnéale. H.C. Stearns en 1955 communique 202 interventions pour prolapsus dont 159 hystérectomies vaginales, 35 Manchester et 8 Lefort. L'hystérectomie μ occupe donc le taux de 80 %.

Richard W. te Linde de Johns Hopkins University se penche nettement vers cette tendance d'hystérectomie per vaginam ; depuis 1946 jusqu'à 1953 et probablement jusqu'à maintenant, le nombre d'hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées augmente considérablement, le procédé s'applique même pour de léger degré de prolapsus. La méthode est particulièrement utile en cas d'utérus petit, non adhérent, en cas de petit fibrome ou de métrorragie. Pour la patiente, c'est une intervention beaucoup plus bénigne qu'une intervention haute et la récupération de l'opérée s'avère plus rapide.

Dans notre Service, les hystérectomies totales par voie vaginale sont nombreuses, 386 cas sur 446, ce qui correspond au pourcentage de 86 % ; 32 cas sont réalisés suivant la méthode de Spalding Richardson et 159 cas selon celle de Heaney.

a) L'opération complexe de Spalding Richardson.

- Buts :

En 1937, E.H Richardson décrit une opération relative aux prolapsus utérins et lésions associées, opération qui est utilisée à John Hopkins Hospital avec une fréquence croissante. Non content des méthodes courantes de traitement de prolapsus, Richardson invente cette opération combinée qui utilise les principes et techniques des divers procédés déjà utilisés. Elle consiste essentiellement en une amputation cervicale, une section du corps utérin à un niveau désiré, une utilisation pour interposition de l'isthme utérin avec ses ligaments larges et utérosacrés et finalement le rapprochement au milieu du fascia pubo-vésical sous l'urètre, de la base de la vessie et de la paroiportion restante de l'utérus.

L'opération de Richardson est présentée devant la société américaine de gynécologie en 1937 et publiée dans "American Journal of Obstetrics and Gynecology" en novembre de cette année.

En 1942, Richard W. Te Linde et Edward H. Richardson Junior, rapporte l'expérience des cinq premières années avec cette opération dans John Hopkins Hospital. En lisant cet article, Ludwig Emge fait remarquer à Richardson qu'une opération similaire a été décrite en 1919 par Spalding. Il est manifeste que Spalding et Richardson ont décrit indépen-

damment des opérations pratiquement identiques. L'opération porte alors la dénomination des 2 auteurs. La technique originale de Spalding est présentée de façon concise par l'auteur lui même :

Le fascia tapissant la cystocèle est exposé par une incision cervicale transverse profonde à la jonction vésicale. Si l'incision est superficielle, le plan solide du fascia reste attaché à la vessie. La paroi vaginale et l'aponévrose sont bien dégagées de la vessie surtout latéralement.

Avant d'ouvrir le péritoine, la vessie est refoulée en haut, et la portion intravaginale du col est enlevée comme un cône grâce à la méthode de Hégar. Un point de suture est placé de chaque côté du col pour ligaturer les branches vaginales des vaisseaux utérins et la moitié postérieure du col est recouverte d'un lambeau vaginal. L'étape suivante consiste à ouvrir le péritoine et à écarter la vessie avec un large écarteur du Doyen. Le fond utérin est découvert comme dans une opération interposition, les ligaments ronds sont coupés et liés avec de longs catguts ; les ligaments larges sont clampés près de l'utérus et le fond utérin est amputé. Ceci expose les ligaments utérosacrés qui sont raccourcis au besoin. Les moignons des ligaments larges sont suturés au col et les ligaments ronds sont passés à travers le canal cervical et suturés à la face inférieure du col sectionné. La muqueuse cervicale est dégagée prudemment. Ceci repousse le col en haut et soutient les parois latérales de la vessie quand on ôte l'écarteur. L'aponévrose de la paroi vaginale antérieure est maintenant disséquée et suturée au moignon cervical. Ce qui ferme complètement la hernie vésicale. La muqueuse est suturée par quelques points séparés au catgut au dessus du fascia et de la moitié antérieure du col. Aucune mortalité opératoire. Ceci est dû en particulier aux cas soigneusement sélectionnés. C'est en général un procédé opératoire qui demande plus de temps que l'hystérectomie par voie vaginale et ne pourra être tentée chez les femmes âgées et grêles. L'âge moyen des opérées est de 44 ans ; la plus âgée a 64 ans, et la plus jeune 27 ans. Toutes sont multipares et ne désirent plus d'enfants.

Selon l'âge, il est intéressant de considérer l'opération du point de vue de la conservation de la menstruation.

L'âge moyen des opérées par E.H.Richardson est de 55 ans, quelques-unes sont pré-ménopausées. Cependant, on a tendance à étendre l'opération à des femmes plus jeunes, depuis que l'un des avantages de l'opération est l'emploi du principe d'interposition sans le risque de

développement ultérieur du myome, d'hémorragie fonctionnelle ou de carcinomes comme dans le procédé de Watkins. Dans le groupe des 18 cas opérés par Te Linde et les Résidents, l'âge moyen est de 35 ans. Chez 10 de ces 18 cas, un endomètre suffisant a permis de préserver la fonction menstruelle. Ceci est désirable pour quelques femmes jeunes et un avantage qui évidemment ne peut être offert par l'hystérectomie vaginale. Exception faite pour quelques cas particuliers, la menstruation est en général insuffisante et indolore.

Chez les femmes jeunes, les résultats de la fonction vaginale sont importants. Tous les 23 cas privés déclarent que le coit est non douloureux mais 4 des 10 malades opérées des Hôpitaux publics se plaignent d'une dyspareunie légère et occasionnelle. Il n'y a évidemment pas de constriction vaginale dans ces 4 cas et en réalité, aucune de ces plaintes n'est fondée sur une base organique. Nous sommes enclins à considérer ces plaintes comme témoignage d'une vie conjugale malheureuse si fréquemment trouvée chez ces femmes surchargées de travail de la classe pauvre.

La question la plus importante posée aux malades qui retournent, concerne le soulagement des symptômes dont elles se plaignent avant l'opération.

Toutes les 23 malades privées sont complètement soulagées. Parmi les 10 indigentes, 3 refusent d'admettre un soulagement total, 2 de ces cas ont un résultat anatomique parfait mais la 3e se plaint d'une cystocèle modérée avec une légère incontinence d'urine.

Le résultat d'une opération plastique qui a pour objet la restauration des moyens de soutien doit être considéré comme un point de vue anatomique. Là encore, il semble désirable de diviser les cas en groupes particuliers et en groupes communs. Des 23 cas privés, les résultats anatomiques sont parfaits sauf une légère cystocèle symptomatique et une légère urétrocèle avec une petite incontinence d'urine. Il existe un cas asymptomatique où le dôme vaginal descend légèrement. On a réalisé au total 400 cas dont 4 récidives de Prolapsus.

- Technique :

1er temps : Incision vaginale et décollement de la vessie :

La malade étant en position de lithotomie et après toilette vaginale usuelle, la lèvre cervicale est saisie et le col est tiré au dehors. Si la cystocèle est grande,

le milieu de la paroi vaginale antérieure est saisie par une succession de pinces-muqueuse du méat urétral au col de façon à exposer la muqueuse sur une grande étendue. Une incision transverse y est réalisée, de 1 à 2 cm de l'orifice externe. La pointe des ciseaux est insérée sous la muqueuse sur la ligne médiane et la paroi vaginale antérieure est séparée de la vessie par des mouvements alternatifs d'ouverture et de fermeture des ciseaux. La muqueuse vaginale est coupée en son milieu, réalisant ainsi une incision en T inversée.

La vessie est ensuite dégagée de ses attaches cervicales par une dissection au bistouri puis au doigt (Fig. 8 A).

2eme temps : Ouverture du péritoine et amputation cervicale:

Les bords des pans vaginaux qui sont saisis par les pinces à muqueuse sont tendus par les aides et le fascia pubo-vésico-cervical mince au milieu mais épais latéralement est disséqué de chaque côté. (Fig. 8 B)

Puis le col est amputé, la lèvre postérieure du col sectionnée est recouverte d'un fragment de muqueuse. L'amputation cervicale saigne moins si les branches cervicales des vaisseaux utérins sont d'abord ligaturées latéralement.

Le cul de sac vésico-utérin du péritoine est incisé et le fond utérin est délivré. Les pinces du corps thyroïde de Lahey conviennent admirablement. Si le fond est trop grand pour être dégagé avec facilité, on en fait une incision cunéiforme (Fig. 8C) ou si un myome est situé sur la paroi antérieure, une myomectomie peut être faite.

3eme temps : Section des ligaments.

L'extrémité utérine du ligament rond, la trompe et le ligament ovarien sont pincés en masse, sectionnés et ligaturés 2 fois avec un catgut chromé N°1. Ceci est répété de la même façon du côté opposé (fig. 8 D).

4eme temps : Amputation supra-vaginale :

Une amputation supra-vaginale est faite à un niveau désiré, après ligature des vaisseaux utérins ascendants (fig. 9 E). Il vaut mieux faire une section en V comme dans l'hystérectomie supra-vaginale par voie abdominale pour faciliter la fermeture. La fermeture du moignon est faite par des points en surjet ou en forme de 8 avec du catgut chromé. Les extrémités sectionnées des trompes, les ligaments ronds et ovariens sont suturés au moignon. La portion isthmique restante est pourvue d'une ri-

che vascularisation. Les ligaments utéro-sacrés, la portion du ligament large contenant les vaisseaux utérins sont attachés à ce segment restant et ces structures sont utilisées dans la construction du support vaginal.

5eme temps : Fermeture du péritoine.

Le bord du péritoine formé par l'incision du cul de sac péritonéal vésico-utérin est alors suturé à la portion restante de l'utérus. Il vaut mieux suturer le bord postérieur à la ligne d'incision de la musculature utérine afin qu'en cas d'hémorragie post-opératoire, le saignement sera externe et non intra-péritonéal. On constate quelques modifications. La portion la plus basse des ligaments larges qui est pincée, coupée et suturée comme elle est faite selon la technique de Manchester est amenée ensemble et suturée à la paroi antérieure de la portion isthmique restante. Actuellement, c'est un moyen le plus important pour tirer l'isthme en avant ou en arrière. Ainsi, l'avantage de Manchester est atteint sans l'inconvénient du corps utérin qui reste.

Le fascia pubo-vésical est alors suturé ensemble au milieu par un surjet avec du catgut N°0, commençant sous l'urètre, continuant sous la base de la vessie et finalement recouvrant le moignon de l'utérus (fig. 8 I).

- 6eme temps : Colporraphie antérieure et postérieure.

La lèvre antérieure du col sectionné est alors recouverte avec des fragments de la muqueuse vaginale. La suture de la muqueuse vaginale latérale au-dessus du col et de l'incision médiane complète l'opération.

Le plancher pelvien et la rectocèle sont alors séparés comme l'indique le degré du relâchement et la taille de la rectocèle. Si une entérocele est présente, elle est réparée de la même façon.

- Résultats :

L'hystérectomie par voie vaginale suivant la méthode de Spalding-Richardson est très fréquemment utilisée dans notre service par le Professeur Tran-Dinh-De avant l'essor de la méthode de Heaney.

Durant notre période d'étude, nous avons réalisé en tout 32 cas chez les multipares de 29 à 60 ans, âge moyen: 44 ans. Tout désir de maternité ultérieure est proscrit. La plupart sont porteuses de Prolapsus complet sauf 2 qui présentent un prolapsus du 2eme degré ; une 3eme en plus de son prolapsus complet porte une ancienne déchirure complète

du périnée. Le procédé de Spalding-Richardson est souvent accompagné d'une périnéorrhaphie postérieure ; I cas nécessite une périnéorrhaphie antérieure isolée et un autre les 2 associés. En tout cas, aucune mortalité opératoire n'est à noter. 6 cas sont revenus avec bons résultats. On ne constate jusqu'alors aucune récurrence.

Tableau récapitulatif:

: Nbre de cas :	Age	:Parité :	Résultats :
: 32	:29 à 60ans:	:6 cas sont revus avec :	
	Age Moy :Multipa-	bons résultats.	
:	: 44: rité :	Jusqu'alors aucun :	
		récurrence.	

b) L'opération de Heaney :

La méthode que nous adoptons depuis 1962 est le fruit d'une synthèse de différents procédés opératoires des auteurs canadiens, américains et français. Elle consiste en :

- une panhystérectomie per vaginam selon le procédé de Heaney ci-dessous décrits.
- un amarrage des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne selon la méthode de "Campbell" modifié par Merger.
- et enfin, une périnéorrhaphie antérieure et postérieure selon la méthode usuelle.
- Panhystérectomie per vaginam selon le procédé de Heaney.

L'opérée étant bien préparée, est placée en position de lithotomie. Et après anesthésie générale, on commence l'intervention qui comprend 5 temps :

1er temps : Incision vaginale. Dissection de la vessie :

Une valve déprime la paroi vaginale postérieure. On attire, à l'aide d'une pince type Museux appliquée sur chaque lèvre, le col en dehors et en bas, aussi bas que possible, de façon à tendre la paroi antérieure du vagin.

Si malgré les cautérisations précédentes, le col n'est pas encore désinfecté, il est de nouveau cautérisé. 2 cc d'extrait hypophysaire ou d'une solution d'adrénaline sont injectés dans le tissu paracervical afin de minimiser les hémorragies.

Une incision transversale est faite à travers la muqueuse vaginale antérieure, au-dessous de l'attache vésicale (fig. 9 A). Une sonde est alors introduite dans la vessie pour voir jusqu'où descend celle-ci.

La paroi vésicale est prudemment décollée de la paroi cervico-utérine à l'aide de la pointe des ciseaux de Mayo, des compresses et du doigt lui-même. On doit rester près de l'utérus plutôt que près de la vessie. Si malgré ces précautions, la vessie est perforée, la muqueuse vésicale sera suturée par des points séparés au catgut chromé au N° 2 ; la musculuse est ensuite suturée de manière analogue. Après l'intervention, une sonde à demeure sera posée dans la vessie et ne sera enlevée que lorsque la patiente sort du lit. Le décollement vésico-utérin est poussé jusqu'à ce que le repli péritonéal vésico-utérin soit apparu. Si ce repli est facilement trouvé, on l'incisera et un petit écarteur sera inséré dans la brèche péritonéale (fig. 9 D). S'il existe une incontinence d'urine, l'urètre est exposé sur toute sa longueur et le fascia celluleux qui s'étale de chaque côté de l'urètre est suturé l'un à l'autre au dessus de celui-ci par 2 ou 3 points de catgut chromé N° I. La suite de la réparation sera accomplie après l'extirpation de l'utérus et comprendra les temps suivants : résection de la muqueuse vaginale en excès et suture vaginale par dessus l'urètre.

Lorsque le décollement est difficile ou que le pli péritonéal vésico-utérin n'est pas rapidement trouvé, on abandonne la recherche et on passe à la dissection du cul de sac vaginal postérieur. Une incision transversale est faite à travers la muqueuse postérieure du col utérin au niveau du cul de sac vaginal postérieur (fig. 9 P). La muqueuse est refoulée en arrière pour exposer le péritoine qui sera incisé. On introduit alors par cette brèche péritonéale un petit écarteur.

Si cette nouvelle dissection s'avère encore infructueuse, on commence la section-libération des insertions utérines des ligaments utéro-sacrés faite après avoir relié les incisions cervicales antérieure et postérieure de façon à réaliser une incision circulaire, et après avoir refoulé vers le haut la muqueuse vaginale. L'utérus libéré de ses attaches utéro-sacrés se laisse abaisser plus facilement ; la recherche du péritoine sera aisée.

On peut encore entrer dans la cavité pelvienne par le cul de sac utéro-vésical malgré les difficultés en élargissant l'incision transversale initiale de Heaney par une incision sagittale sur la paroi vaginale antérieure, réalisant ainsi l'incision en T inversé de Crossen.

2e temps : Ouverture du peritoine

- ouverture du cul de sac vésico-utérin.

On parfait l'incision circulaire.

En avant, la vessie est refoulée en haut jusqu'à l'apparition du cul de sac antérieur qui est identifié comme une ligne concave sur la paroi utérine.

Au dessus de cette ligne, le péritoine est plus blanc et plus luisant que le tissu avoisinant, on en voit les 2 feuillets péritonéaux glisser l'un sur l'autre.

Le décollement vésical doit être modéré pour ne pas léser le feuillet péritonéal de la face antérieure de l'utérus et continué jusque sur les branches de l'ogive pubienne. On ouvre le cul de sac aux ciseaux sur un pli soulevé par une pince à disséquer. on met en place un fil de repère sur le feuillet antérieur du cul de sac ouvert.

- Ouverture du cul de sac de Douglas.

L'index et le médius gauches pénètrent dans le cul de sac antérieur, glisse sur la face antérieure, le fond puis la face postérieure de l'utérus et viennent tendre le cul de sac postérieur qu'on ouvre alors facilement sans crainte de blesser le recto-sigmoïde situé en arrière. Pendant tout ce temps, le col est tiré vers le haut.

3eme temps : Ligature des principaux pédicules Hystérectomie

Le col est tiré vers la droite de la malade et la muqueuse vaginale du cul de sac vaginal gauche est refoulée latéralement afin d'exposer les ligaments utéro-sacrés et cardinal gauches. Le doigt explore la région pour vérifier l'absence d'adhérence intestinale. Il sert aussi de guide pour placer sur le ligament utéro-sacré gauche une pince de Heaney dont la pointe est tournée vers l'utérus. Le ligament est coupé du côté de l'utérus et la pince remplacée par une ligature transfixée auctgut chromé N°2 (fig.9M). Il est à remarquer que le catgut chromé N°2 est le matériel de suture employé durant toute l'opération. Les fils laissés longs et pincés sont utilisés pour la traction et pour faciliter la reconnaissance des ligaments.

De la même manière, la partie inférieure du ligament large, juste au dessus du ligament utéro-sacré est clampée, coupée et ligaturée. Les fils sont laissés longs et pincés. Même manoeuvre pour le côté droit, mais le col sera alors tiré vers la gauche de l'opérée.

L'utérus est basculé vers le haut, le fond utérin

.../...

s'extériorisant par le cul de sac postérieur. Un doigt glisse derrière la corne utérine et guide une pince de Heaney qui enserra de très près la corne utérine, à la fois les ligaments rond, utéro-ovarien et la trompe. Le pédicule ainsi clampé est sectionné.

Une manoeuvre identique est réalisée de l'autre côté. L'utérus ainsi libéré est enlevé tout entier. Les 2 pinces sont remplacées par des ligatures appuyées, les fils étant laissés longs et pincés.

On a ainsi de chaque côté 3 pédicules dont les fils seront repérés par des pinces de forme différente afin de faciliter la reconnaissance des ligaments homologues lors de leur suture l'un à l'autre et lors de leur amarrage. (Fig. 9 S)

Quand l'utérus est un peu trop gros pour être enlevé intact, le col peut être amputé juste au dessous des artères utérines, ligaturées ; ce qui facilite la délivrance du corps utérin. Toutefois, si la masse restante demeure encore trop grande, il faut la morceler avec un bistouri ou des ciseaux bien tranchants jusqu'à ce que tout l'utérus puisse être enlevé.

L'opération doit être poursuivie sous contrôle de la vue et il faut fixer chaque fois la portion utérine restante pour éviter sa traction et pour contrôler l'hémorragie.

4eme temps : Annexectomie éventuelle

A travers l'orifice péritonéal, on explore au palper et à la vue les annexes. Les lésions annexielles indiquent leur ablation qui est parfois difficile en particulier en cas d'adhérences inflammatoires. De telles adhérences peuvent être détruites par une dissection douce au doigt comme en chirurgie abdominale. Le pédicule est sectionné entre 2 pinces et les moignons sont ligaturés. L'hémostase du pédicule utéro-ovarien doit être soignée.

Après avoir réalisé l'annexectomie s'il y a lieu, on éloigne tous les instruments du champ opératoire et on introduit 2 doigts par la voûte vaginale pour s'assurer que tout a été bien enlevé. Ceci s'applique en particulier quand l'hystérectomie est difficile, quand il existe des fibromes pédiculés et surtout lorsqu'il y a morcellement utérin.

5eme temps : Fermeture du pelvis.

Le pelvis est ainsi prêt à être fermé. Mais comme

il y a périnéorrhaphie antérieure, il est temps de la par-faire ou de la faire. La paroi antérieure est réséquée de son excès et les points qui saignent sont alors suturés.

On saisit les 2 ligaments aussi haut que possible à l'aide des pinces d'Allis. Un fil de catgut chromé ou de soie est passé à travers le lambeau gauche de la paroi vaginale antérieure juste au dessous du dernier point de suture de l'urétroplastie ; il traverse une petite épaisseur du fascia latéral du vagin, puis passe autour du ligament rond gauche, aussi haut que possible ; il perfore ensuite le ligament rond droit. Le fil traverse le fascia latéral droit du vagin au dessous et près de l'orifice vésical de l'urètre, et finalement passe à travers le lambeau droit de la paroi vaginale antérieure, près de la ligne médiane.

Le fil est serré avec précaution et noué. Cette suture amarre les 2 ligaments ronds sous l'urètre et tend à faire reposer la vessie sur les ligaments larges.

On réunit par 2 points séparés les 2 ligaments larges sur la ligne médiane. Si on emploie le fil de soie pour amarrer les ligaments ronds, il sera enlevé vers la 3e ou 4e semaine après l'opération. La paroi vaginale antérieure est suturée par des points séparés depuis l'urètre jusqu'à la voûte vaginale. La voûte vaginale est ensuite fermée. Une mèche de gaze est insérée dans la cavité péritonéale pour refouler les anses intestinales. Elle sera enlevée avant la fermeture du péritoine qui sera assurée par un surjet au catgut fin laissant tous les pédicules extra-péritonéaux. C'est une fermeture en bourse. Elle sera appliquée haut si le Douglas est profond. L'excès de tissu péritonéal ne sera pas réséqué mais laissé tel quel pour combler les espaces "morts" et éviter les suppurations. Le fil de suture est passé à travers le bord droit du moignon de la paroi antérieure du vagin, prend plusieurs plis de la surface dénudée de la vessie puis traverse le lambeau antérieur du péritoine. La partie supérieure du ligament large ligaturée est abaissée pour exposer le bord libre du péritoine allant de la vessie au ligament large. Le fil de surjet traverse plusieurs plis du péritoine atteint le ligament large où il embrasse le moignon tubo-ovarien ; doublant ainsi la ligature des vaisseaux ovariens. Le surjet traverse de nouveau plusieurs plis du péritoine jusqu'au moignon des vaisseaux utérins et du ligament utéro-sacré, que d'ailleurs il embrasse pour les ligaturer. Le fil prend finalement le bord droit du lambeau péritonéal postérieur, la paroi vaginale et sort par le côté droit de l'emplacement de l'ancien cul de sac vaginal postérieur. Une fois achevée, cette suture amarre les ligaments larges et utéro-sacrés à la voûte vaginale, double les ligatures des vaisseaux ovariens et utérins, ferme le côté droit

de la voûte vaginale. Le côté gauche sera traité de manière analogue. Avant de nouer ce 2eme surjet, si le cul de sac postérieur est profond, une suture relie les 2 utéro-sacrés et oblitère le cul de sac. Le reste de la voûte vaginale est fermé par 2 ou 3 points séparés. Une colpopérinéorrhaphie postérieure toujours nécessaire termine l'opération. Un sondage vésicale à demeure est retiré au bout de 4 à 5 jours.

- Fixation des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne

L'amarrage des différents ligaments, utéro-sacrés larges..., au moignon vaginal que nous avons jusqu'alors l'habitude de pratiquer après hystérectomie pour prolapsus apparaît comme déficient, ceci jusqu'à la découverte du procédé de Campbell.

A.D. Campbell, de Montréal, en 1937, a décrit une technique d'hystérectomie pour prolapsus utérin où il termine l'opération en amarrant directement les 2 ligaments utéro-sacrés aux 2 fascias latéraux pubo-cervicaux, de part et d'autre de l'urètre et dans l'ogive pubienne.

L'auteur n'a pas donné assez de détails à ce point de technique dans "American Journal of Obstetrics and Gynecology" (1937). Mais l'idée de tendre directement les 2 puissants ligaments utéro-sacrés dans le sens sagittal, de la paroi pelvienne postérieure au pubis, de part et d'autre de l'urètre, est très ingénieuse : il y a là un moyen simple de donner au pelvis un plancher solide sur lequel s'appuie en particulier le fond vésical.

Monsieur le Professeur Robert Merger de la Faculté de Médecine de PARIS a aussi utilisé l'artifice de Campbell mais il a fait mieux : au lieu de joindre le ligament utéro-sacré gauche au ligament pubo-cervical gauche comme faisait Campbell, Merger amarre le ligament utéro-sacré gauche à la branche osseuse ischio-pubienne droite ; ce faisant, il a croisé les 2 ligaments utéro-sacrés. L'amarrage de Merger est donc contro-latéral, tandis que celui de Campbell est homolatéral.

Nous donnons notre préférence à Merger car après réflexion nous avons trouvé par nous-même et pour cet amarrage contro-latéral ou croisé, une explication logique qui nous satisfait personnellement.

Finalement, nous avons retenu et pris comme mode de réparation du plancher pelvien l'amarrage des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne, procédé de Campbell modifié par Merger.

Technique :

Si l'on a commencé l'hystérectomie par une incision circulaire transversale de Heaney, on ajoute une seconde verticale et médiane sur la paroi vaginale antérieure à partir de l'incision transversale initiale jusqu'à 1 cm environ au dessous du méat urinaire. Cette incision verticale secondaire sera bien entendu inutile si l'on commence par l'incision de Crossen.

Les 2 lambeaux antérieurs ainsi obtenus sont décollés de la vessie et de l'urètre jusqu'aux branches ischio-pubiennes.

Au cours du décollement, il faut faire attention à l'espace ménagé sous l'urètre et au complexe sphinctérien du col vésical afin d'éviter les blessures de ces organes entraînant des complications urinaires ultérieures.

On recherche ensuite les ligaments ou fascias pubo-vésicaux des 2 côtés de l'urètre.

On saisit et relève le bord libre du lambeau vaginal droit par des pinces. L'index droit muni de compresses gratte la surface du tissu situé à droite de l'urètre depuis le bord inférieur de la branche ischio-pubienne droite jusqu'à la base vésicale qu'il refoule légèrement. Le ligament pubo-cervical droit est alors senti ou visible sous la forme d'un faisceau de fibres allant de la branche ischio-pubienne près de la symphyse jusqu'à la base vésicale. Un fil de catgut chromé N°2 contourne ce ligament et sera repéré par une pince. On opère de façon identique pour le côté gauche.

Au cas où la recherche de ces ligaments pubo-vésicaux s'avère difficile et dangeureuse ou infructueuse, on peut utiliser la tactique opératoire suivante : on repère au doigt le bord inférieur de la branche ischio-pubienne ; l'index refoule la vessie et l'urètre vers le côté opposé. L'aiguille de Reverdin traverse le tissu fibreux solide qui double la branche osseuse et ramène un catgut chromé N°2 qui est repéré et récliné. Ainsi est réalisé le système d'attache sous symphysaire.

Avant d'amarrer les moignons des ligaments utéro-sacrés au système d'attache sous-symphysaire, nous devons lier l'un à l'autre sur la ligne médiane les pédicules du fond puis les pédicules utérins, tout en laissant dehors les 2 bouts libres du surjet de la bourse péritonéale.

Le ligament utéro-sacré est amené vers le système d'attache sous-symphysaire du côté opposé c'est à dire au contact du ligament pubo-vésical ou de la branche

.../...

ischio-pubienne contro-latérale. On s'arrange pour que la longueur du moignon du ligament utéro-sacré soit suffisante, soit en l'étirant, soit en l'écourtant. Le fil de catgut en attente du système d'attache prend le ligament utéro-sacré, est serré sur lui puis noué. Même manœuvre de l'autre côté.

Il est à remarquer que l'on peut commencer par n'importe quel côté.

Ainsi, les 2 ligaments utéro-sacrés se croisent au milieu de l'ouverture pelvienne et s'amarrent aux 2 piliers de l'ogive pubienne.

Enfin, les 2 bouts libres du surjet péritonéal embrassent les 2 ligaments utéro-sacrés et sont noués à leur face inférieure.

- Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure selon la méthode usuelle.

Résultats :

La panhystérectomie par voie vaginale selon le procédé de Heaney suivie de l'amarrage des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne et de la périnéorraphie antérieure et postérieure est introduite dans notre clinique à partir de l'année 1962 par le Docteur Hoang-Ngoc-Minh. Elle est de plus en plus utilisée, supplantant les autres procédés de cure du prolapsus génital si bien qu'en 4 ans le nombre de cas opérés selon cette méthode atteint 159, soit 35,7 % du nombre total que nous étudions.

Les opérées sont pour la plupart des multipares (la parité moyenne est estimée à 6 accouchements) âgées de 31 à 68 ans. La moyenne d'âge est de 53 ans, ce sont presque toutes des femmes ménopausées ou proches de la ménopause. Elles sont surtout porteuses de prolapsus génital complet, 4 seules présentent un prolapsus du 2ème degré.

Nous avons opéré 5 récidives de prolapsus dont 3 après hystéropexies isthmiques, un après opération Lefort et un après le procédé Manchester.

Le fibrome utérin est associé au prolapsus dans 3 cas, la cystocèle dans 20 cas, la cystocèle + rectocèle dans 10 cas.

La durée de l'intervention va de 50 mn à 1 heure 55mn avec une moyenne de 1 h 12 mn réparties comme suit :

.../...

-Hystérectomie en moyenne 25 mm.
 -Amarrage des ligaments utéro-sacrés..... 12 mm.
 -Périnéorraphie : antérieure..... 20 mm.
 " postérieure..... 15 mm.
 Aucune mortalité opératoire : aucun décès.

Tous les cas s'accompagnent d'une périnéorraphie antérieure et postérieure sauf 3 cas qui ne comportent qu'une périnéorraphie postérieure. Il y a toujours une raphie des Releveurs de l'anus.

Aucune complication per opératoire n'est observée en particulier pas de traumatisme vésical, urétéral et rectal.

Les suites opératoires sont en général assez simples. Quelques unes ont une petite fièvre de quelques jours, d'autres se plaignent de dysurie qui n'est que transitoire survenant après la ^{sup}pression de la sonde vésicale à demeure qui a lieu vers le 4^e ou le 5^e jour. On observe une hémorragie en nappe de la plaie qui cède au pansement compressif avec du Thrombase.

Suivant l'état général de la Malade, elle est exécutée 7 à 40 jours après l'intervention, en moyenne elle est de 10 jours.

81 cas sont revus de 1 mois à 3 ans. En général, les résultats sont bons sauf :

- 2 légers déroulements de la paroi vaginale antérieure.
- 1 légère rétraction de l'orifice externe du vagin.
- 1 rectocèle.
- 1 pesanteur pelvienne sans modification anatomique.
- aucune récidive n'est encore à contester.

Tableau récapitulatif :

:Nbres de cas :	Age :	Parité :	Résultats :
: 159	: 31 à 68 ans	: Multipari-	: -aucune récidive to-
	: A. moy. :	: té	: tale.
	: 53 ans	:	: -2 déroulements de
	:	:	: la paroi vaginale
	:	:	: antérieure.
	:	:	: -1 rectocèle.
	:	:	:

C - Opérations obturantes : Procédé de Lefort.

But :

Les opérations obturantes interdisant par conséquent les rapports sexuels, sont très connues depuis Lefort en 1877. On les dénomme encore colpectomies sub-

totales. Cependant, elles sont pratiquées bien avant cette date par d'autres auteurs. En 1823, à Metz, Gérardin oblitère le vagin en avisant une certaine étendue de la portion inférieure des 2 parois et en suturant ces 2 surfaces.

Lefort propose une autre technique. Elle consiste en une dénudation d'un triangle long et étroit sur les parois vaginales antérieures et postérieures, dont les bases se trouvent juste au dessus du col. La fermeture est obtenue par le rapprochement complet de ces surfaces dénudées.

Ce procédé n'est applicable qu'aux femmes d'un certain âge qui consentent à abdiquer leur vie génitale, quelque soit le degré de prolapsus. On reproche au principe de cette technique de ne pas traiter l'incontinence urinaire et parfois de la provoquer alors qu'elle n'existe pas au paravant. Cet inconvénient peut être évité en fermant seulement la portion supérieure du vagin, coupant court la surface qui s'étend sous le trigone vésical et l'urètre. En fait récemment, on abandonne pratiquement l'opération typique en faveur de la fermeture des 2 tiers supérieurs seulement du vagin. S'il existe une urétrocèle une surface ovale de la muqueuse est dénudée sous l'urètre et fermée longitudinalement. Alors, les Releveurs sont rapprochés très étroitement laissant seulement assez de place pour la miction.

La récurrence est soit très précoce, soit nulle, du fait de la désunion des sutures.

Le procédé Lefort a une valeur incontestable du fait qu'il est le moins choquant de tous les procédés utilisés pour la cure de prolapsus et il peut même être réalisé en sécurité sous anesthésie locale si nécessaire chez les femmes âgées qui doivent être condamnées au pessaire.

Technique :

1er temps : Dénudation de la muqueuse vaginale.

La patiente étant en position de lithotomie, bien préparée comme d'habitude, le col est tiré au dehors aussi loin que possible. La surface qui doit être dénudée est marquée au préalable au bistouri comme l'indiquent les lignes pointillées (fig. IOA). Une muqueuse doit être laissée suffisamment de chaque côté afin de réaliser une sorte de canal de drainage de sécrétions cervicales. La surface à dénuder s'étend à 2 cm de l'extrémité du col et à 2 cm du méat urétral. Elle est d'abord réalisée à la paroi vaginale antérieure par une combinaison de dissec-

.../...

tion au bistouri et au doigt. Une surface de la muqueuse de dimensions et forme analogues est dénudée à la paroi postérieure du vagin.

2eme temps : Suture de la muqueuse vaginale.

Les bords muqueux sont ensuite rapprochés transversalement sous le col par un surjet au catgut chromé N°0. Rappelons que des tunnels muqueux doivent être laissés de chaque côté pour donner issue aux sécrétions cervicales.

Résultats :

L'opération de Lefort est donc une technique de choix de traitement des prolapsus génitaux des femmes âgées de notre clinique qui ont définitivement renoncé aux rapports sexuels. C'est comme nous l'avons déjà dit, l'opération la plus bénigne et efficace, moins de 3 % de récurrences, surtout si on lui adjoint une petite périnéorraphie postérieure.

Ce cloisonnement vaginal est appliqué surtout en cas de Prolapsus total. Parmi les 73 cas opérés par cette technique dans notre clinique, on note 3 cas de prolapsus du 2e degré, 1 cas de Prolapsus du 3e degré + Kyste de l'ovaire, 2 récurrences après hystérectomie vaginale, 1 cas chez une grande anémique avec développement d'une cardiomégalie, un cas de Prolapsus avec malformation vaginale (vagin double) et un cas chez une nulligeste de 66 ans. La majorité sont multipares. Une périnéorraphie postérieure est souvent associée à ce procédé : 6 malades seules reviennent à la clinique 3 mois après leur sortie. L'examen montre une bonne suspension de l'utérus, ces femmes ne se plaignent d'aucun trouble urinaire ni d'aucun autre signe fonctionnel. 2 autres sont revenues spécialement pour récurrences de prolapsus et sont alors soumises à une hystérectomie totale par voie vaginale. Une des 2 présente une récurrence précoce.

Tableau récapitulatif :

: Nbre de cas :	Age	: Parité	: Résultats	:
: 73	: 55 à 73 ans	: Multiparité	: 2 récurrences	:
:	: Age moy. 64ans	:	: totales.	:

D-Cas particuliers.

I) Prolapsus + Cancer du col :

Nous avons relevé au cours de notre étude un cas de prolapsus du 3e degré + Tumeur maligne du col. Anatomo-

.../...

pathologiquement, il s'agit d'un carcinome épidermoïde différencié orthokératosique. Nous avons fait une colpohystérectomie élargie avec ablation des annexes et des deux tiers supérieurs du vagin (opération de Schauta).

2) Prolapsus génital et Grossesse.

Cette association habituellement décrite comme une rareté sujette à de graves complications, ne s'applique qu'aux importants prolapsus du 3e degré. Le prolapsus moins accentué, cystocèle simple, prolapsus du 1er ou du 2e degré est au contraire compatible avec l'évolution d'une grossesse et un accouchement sans complications. Toutefois l'état du col, surtout son allongement peut gêner l'effacement et la dilatation. Les autres complications : avortements, enclavement de l'utérus rétroversé, présentations vicieuses, infections des suites de couches ; apanage des formes graves de prolapsus sont exceptionnelles.

En cours de Grossesse, le repos, les soins élémentaires d'hygiène résument la thérapeutique. Le pessaire et le port d'une garniture serrée en linge souple sont utilisés quand le prolapsus doit être maintenu dans les 1er mois.

Au cours de l'accouchement, l'impossibilité de dilatation complète oblige parfois à des incisions du col suivies ou non d'une application de forceps, ou mieux à une césarienne. Nous pouvons aussi nous demander quelle sera notre conduite à tenir devant une femme ayant subi la cure d'un prolapsus et portant une grossesse. Ce problème est d'autant plus important à l'heure actuelle que les opérations pour prolapsus pratiquées chez la femme jeune tendent à devenir plus courantes. On doit être très mesuré dans l'établissement des indications opératoires en pareils cas.

L'intervention est pourtant légitime dans les prolapsus avancés, dans ceux qui s'accompagnent de lésions sphinctériennes ou de troubles fonctionnels. Au cours de l'intervention, les perspectives obstétricales doivent guider l'opérateur dans l'étendue des résections vaginales et des sutures musculaires, dans les indications d'exérèse cervicale.

- Dans les colpopérinéorrhaphies antérieures et postérieures, le périnée n'offre pas d'obstacle majeur à l'expulsion si les sutures musculaires n'ont pas été trop serrées. Une suture trop serrée des parois vaginales sclérosées par cicatrices entravent l'accouchement, entraînant des difficultés soit au cours de la descente et de la rotation, surtout si la tête est volumineuse et mal fléchie, soit au cours du dégagement.

Cependant, l'accouchement par voie naturelle est en

.../...

général possible au prix d'une épisiotomie dont l'exacte réparation garantit le maintien de la cure de prolapsus. Ce n'est qu'après une périnéorraphie serrée ou chez une primipare âgée, qu'on fait appel à la césarienne.

- Quant aux opérations type Manchester qui comportent l'amputation sus-vaginale du col, le pronostic de l'accouchement est diversément apprécié. Certains proposent l'accouchement par voie naturelle. D'autres, la césarienne.

- L'interposition vésico-vaginale de l'utérus de Watkins est nécessairement suivie d'avortement. Aussi implique-t-elle des conditions d'âge strictes soit la stérilisation associée.

- les femmes ayant eu une ligamentopexie peuvent accoucher par voie naturelle.

-Après intervention pour lésions périmébraires ou après intervention pour réparation du rectum, mieux vaut orienter activement vers la césarienne.

Nos résultats.

Une femme est venue dans notre service pour Prolapsus du 2ème degré et grossesse à terme. Nous tentons d'abord un accouchement par voie basse. Mais nous devons recourir finalement à une césarienne pour arrêt de progression et début de souffrance foetale.

L'accouchement se passe normalement chez 2 autres opérées pour Prolapsus : l'une par le procédé Manchester, l'autre après ligamentopexie antérieure. Quant à l'ancienne opérée par hystéropexie isthmique on doit recourir à la césarienne pour pouvoir sortir l'enfant, à laquelle fait suite une hystérectomie subtotale pour infection amniotique.

III - Observations et Résultats :

A - Observations.

Nous allons citer quelques observations pour illustrer les différentes méthodes opératoires.

I) Ligamentopexie antérieure de Doléris.

Observation N°I.

Mme Nguyen Thi B. 25 ans, para 3003, ménagère, dossier N° 18633 est entrée le 15-12-60 pour Prolapsus du 2e degré.

-Antécédents obstétricaux : normaux.

-Examen : Prolapsus du 2e degré sans cystocèle.

-Opéré le 20-12-60.

Ligamentopexie antérieure + Procédé de Doléris.

.../...

- Suites Operatoires bonnes.
- Exéat le 9e jour avec bonne cicatrisation.
- Revue le 8-8-I 96I pour être accouchée : accouchement par voie naturelle.

Observation N°2 .

Mme Nguyen-Thi-S, 30 ans para 5003, journalière, dossier N° II775 est entrée le 10-7-64 pour prolapsus du 2e degré.

- Opérée le 25-7-64 : méthode de Doléris.
- 2eme intervention le 28-10-66 pour récurrence de prolapsus : Hystérectomie totale + périnéorraphie antérieure et postérieure.

2) Hystéropexie isthmique :

Observation N°3

Mme Sao T. 37 ans, para 9032, ménagère, dossier N° 6676 est entrée le 30-5-61 pour prolapsus du 2 eme degré.

- Antécédents :

Les grossesses se déroulent normalement sauf les 3e, 7e et 9e qui se terminent par un avortement.

- Histoire :

Pesanteur pelvienne datant de 2 ans avec parfois issue du col utérin vers l'extérieur.

- Examen : Prolapsus du 2e degré avec col hypertrophié.

Utérus de volume normal, rétroversé.

- Opérée le 10-6-61.

Hystéropexie isthmique + Périnéorraphie postérieure

- Bonnes suites opératoires.

- Exéat le 8e jour : Bonne cicatrisation.

- Malade non revue.

Observation N°4.

Mme Nguyen-Thi-H. 30 ans, para 4002, employée, dossier N°I4228 est entrée le 16-10-62 pour Prolapsus du 3e degré.

- Antécédents obstétricaux normaux.

- Histoire : Prolapsus apparait depuis 1 an, peu de temps après sa dernière grossesse.

- Examen : Prolapsus du 3e degré.

Hystéropexie isthmique.

- Opérée le 27-10-62.

- Exéat au 8e jour : Bonne cicatrisation.

- 2e intervention le 27-10-64.

Césarienne suivie d'une hystérectomie subtotale pour infection amniotique (Poche des eaux rompue depuis plus de 24 h.).

3 - Hystéropexie corporelle extra-péritonéale d'Epstein :

Observation N°5.

Mme VO-THI-L 42 ans, para 6004, marchande, dossier N° 24 806 est entrée le 28-12-64 pour cystocèle récidivante.

- Antécédents :

Les accouchements sont normaux sauf à la 5e grossesse où l'application de forceps est nécessaire.

- Histoire :

- 1ere intervention : le 19-9-53 pour Prolapsus génital :

Méthode de Doléris : Ligamentopexie antérieure.

- 2e intervention pour cystocèle : Périnéorrhaphie antérieure.

- 3e intervention le 12-1-65 pour récurrence de cystocèle.

. Voie haute : Ventrofixation extrapéritonéale de l'utérus selon Epstein.

. Voie basse : Périnéorrhaphie postérieure.

- Suites opératoires : hémorragies vaginales abondantes le 14e jour.

- Exéat le 19e jour : Bonne cicatrisation.

- Malade non revue.

Observation N°6.

Mme Tran-Thi-M. 33ans, para 6006, marchande, dossier N°3793, est entrée le 19-3-63 pour prolapsus du 2e degré + Kyste de l'ovaire.

- Antécédents obstétricaux : normaux.

- Histoire : Prolapsus du 2e degré réductible + Tumeur latéro-utérine Gauche de volume d'un gros citron.

- Opérée le 21-3-63.

- Laparatomie médiane sous ombilicale. Utérus de volume d'un oeuf de cane. Ovaire D normal.

Ovaire G kystique séreux de la grosseur d'un citron.

Ablation du kyste de l'ovaire G. Ventrofixation extra-péritonéale de l'utérus. Paroi abdominale en 3 plans catgut-lin-soie.

- Suites opératoires : fébriles. Traitement par Pénicilline et Streptomycine.

- Exéat le 6-4-63 : Petite désunion superficielle. Malade doit revenir tous les 2 jours pour pansement.

- Malade non revenue.

4 - Colpopérinéorrhaphie antérieure:

Observation N°7.

Mme Pham-Thi-L. 35 ans, para 5024, ménagère, dossier N°20 64I est entrée le 6-10-65 pour Récidive de Prolapsus.

- Antécédents : les 5 premiers accouchements se déroulent normalement. Les 2 dernières grossesses se terminent par un avortement.

.../...

- Histoire : Elle a été opérée le 30-9-64 pour Prolapsus génital + cystocèle : Hystérectomie vaginale + périnéorraphie antérieure et postérieure.
- Examen : Rectocèle avec cystocèle prédominant.
- Opérée le 19-10-65 :
 - Réparation de la cystocèle par périnéorraphie antérieure.
- Sonde de Foley intravésicale pendant 4 jours.
- Suites opératoires assez simples.
- Exéat au 16e jour. Périnée cicatrisé.
- Malade non revue.

5 - Périnéorraphie antérieure et postérieure :
Observation N°8.

- Mme Nguyen-Thi-D. 35 ans, para 5005, ménagère, dossier N°II 560 est entrée le 26-7-60 pour Prolapsus du 1er degré + Rectocèle et cystocèle.
- Antécédents obstétricaux sont normaux.
 - Examen : Prolapsus du 1er degré + Rectocèle et cystocèle.
 - Opérée le 27-7-60 :
 - Périnéorraphie antérieure et postérieure.
 - Suites opératoires bonnes.
 - Exéat le 3-8-60 au 8e jour. Bonne cicatrisation.
 - Malade non revue.

6 - Opération de Manchester ou de Fothergill :
Observation N°9.

- Mme Nguyen-Thi-T. 37 ans, ménagère, para 3002, dossier N°5915, est entrée le 30-4-62 pour Prolapsus du 3e degré.
- Antécédents obstétricaux normaux :
 - Histoire : Pesanteur pelvienne datant de 7 ans avec apparition progressive du prolapsus génital.
 - Examen : Prolapsus du 3e degré réductible.
 Coeur : souffle systolique à la région mésocardiaque sans irradiation nette. Eclat de B2.
 - Opérée le 10-5-62 : Opération de Manchester + Périnéorraphie postérieure.
 - Suites opératoires : bonnes.
 - Exéat au 12e jour. Plaie cicatrisée.
 - Revue :
 - . Le 21-6-62) Bonne cicatrisation : Périnée.
 - . Le 20-12-62) tient bien.

Observation N°10.

- Mme Do-Thi-L. 18 ans, dossier N°675, jeune fille, écolière, est entrée le 13-1-64 pour allongement hypertrophique du col.
- Histoire : Début depuis 6 mois par une gêne à la marche due au prolapsus qui apparaît à la vulve et qui s'accroît

.../...

à la marche.

- Examen : Prolapsus du 2^e degré.
- Opérée le 15-1-64 : Manchester + Périnéorrhaphie postérieure.
- Suites opératoires bonnes.
- Exéat au 8^e jour : Bonne cicatrisation.
- Revue le 1-8-65 : Grossesse à terme.

On a fait une radiopelvimétrie. Les diamètres du bassin s'avérant normaux, on laisse la femme accoucher par voie basse qui a lieu 2 jours plus tard.

Le 22-9-66 : Bonne suite de couche. Episiotomie bien réparée. Pas encore de retour de couches.

7 - Interposition vésico-vaginale de l'utérus : opération de Wertheim-Schauta ou de Watkins :

Observation n° II.

Mme Le Thi-L. 47 ans, para 7006, ménagère, dossier N° 768I est entrée le 14-5-60 pour prolapsus du 1^{er} degré + cystocèle.

- Antécédents obstétricaux : normaux.
- Histoire : Aménorrhée datant de 3 ans. 1 an après, la patiente se plaint d'une pesanteur pelvienne interne avec sensation de corps étranger à la filière vulvo-génitale.
- Examen : Prolapsus du 1^{er} degré + Cystocèle très accentuée et légère rectocèle.
- Opérée le 17-5-60 : Procédé de Watkins + Périnéorrhaphie postérieure.
- Exéat au 9^e jour.
- Bonnes suites opératoires
- Malade revue régulièrement bons résultats.

Observation N° 12.

Mme Dang-Thi-B. 35 ans, para 7027, cultivatrice, dossier N° 8710, est entrée le 24-6-65 pour Prolapsus du 2^e degré + cystocèle et rectocèle.

- Antécédents obstétricaux normaux.
- Histoire : Prolapsus utérin d'importance négligeable datant de 12 ans qui devient plus marqué depuis 2 ans, accompagné d'une douleur qui parcourt le long des 2 arcades crurales.
- Examen : Prolapsus génital du 2^e degré + cystocèle et rectocèle. Eventration sus et sous ombilicale par séparation sur la ligne médiane des aponévroses du Grand Droit, le plan cutané reste intact.
- Opérée le 29-6-63 : Opération de Watkins. Ligature et

.../...

section des trompes. Périnéorrhaphie postérieure. Mise en place d'une sonde de Foley.

- Exéat au 15e jour.

- Suites opératoires : Fièvre du 1er au 6e jour. Traitement Tétracycline. Streptomycine.

-malade non revue.

8 - Hystérectomie par voie abdominale :

Observation N° 13.

Mme Nguyen-Thi-H. 41 ans, para 6026, dossier N° 15 134 est entrée le 2-II-62 pour Prolapsus du 2eme degré.

- Antécédent : RAS.

- Histoire : Prolapsus et douleur pelvienne datant d'unan.

- Examen : Prolapsus du 2e degré. Col gros présentant des érosions. Utérus ferme de volume d'une orange.

F B : 10u (-)

- Opérée le 16-II-62.

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Découverte d'un gros noyau fibromateux sur la face postérieure de l'utérus de volume d'une grosse orange.

Hystérectomie totale avec ablation bilatérale des annexes les 2 ovaires étant porteurs de 2 kystes séreux de volume d'un oeuf de poule. Suture de la tranche vaginale en un plan au catgut. Amarrage des ligaments ronds à cette tranche vaginale. Péritonisation. Parois en 3 plans, Catgut, lin, agrafes.

- Suites opératoires : F° peu élevée.

Traitement par Pénicilline et Streptomycine.

- Exéat au 9e jour. Bonne cicatrisation.

- Malade revue régulièrement. Bons résultats.

9- Procédé de Spalding Richardson :

Observation N°14.

Mme Mai-Thi-H. 43 ans, para 2132, dossier N°13374, marchande, est entrée le 13-10-61 pour Prolapsus du 2e degré.

- Antécédents : les 2 premières grossesses se déroulent normalement.

Les 3 suivantes sont interrompues de 1 à 4 mois.

La dernière à 27 ans aboutit à un accouchement prématuré d'un enfant de 6 mois, mort-né.

- Histoire :

Début depuis 1 an par pesanteur pelvienne et gêne à la marche.

- Examen : Prolapsus du 2e degré.

- Opérée le 25-10-61.

Procédé de Spalding-Richardson + Périnéorrhaphie postérieure.

- Bonnes suites opératoires. Exéat avec bonne cicatrisation.
- Malade revue. Bons résultats.

Observation N°15.

Mme Nguyen-Thi-L. 29ans, para 4002, cultivatrice, dossier N° 1319, est entrée le 29-1-63 pour Prolapsus du 3e degré.

- Antécédents obstétricaux : normaux.
- Opérée le 31-1-63 : Procédé de Spalding-Richardson + Périnéorraphie postérieure.

Incision en T inversé. Décollement de la vessie. Amputation des ligaments cardinaux. Amputation coniforme du col. Habillage de la lèvre postérieure. Incision du pli péritonéal vésico-utérin. On bascule le fond utérin. Ovaire D kystique de volume d'un oeuf de poule. Annexes G normaux. Amputation des pédicules annexiels et du ligament rond des 2 côtés en gardant l'ovaire G. Amputation du col utérin.

Fermeture de la tranche supérieure aux points séparés.

- Amarrage de pédicules annexiels au moignon restant. Dissection du fascia. Excision de 2 lambeaux de la paroi. Habillage de la lèvre antérieure du col. Périnéorraphie postérieure.
- Bonnes suites opératoires.
- Exéat le 9e jour : Bonne cicatrisation.
- Revue le 7-3-63. Bons résultats. Le périnée tient bien.

IO - Procédé de Heaney.

Observation N° 16.

Mme Truong-Thi-B. 53 ans, para 5013, ménagère, dossier N° 19 166 est entrée le 6-7-62 pour Prolapsus génital.

- Antécédents obstétricaux : normaux.
- Histoire : Prolapsus génital débutant depuis 1 an avec comme signes d'accompagnement : gêne mécanique + troubles urinaires en particulier incontinence à la toux.
- Examen : Prolapsus du 3e degré + Rectocèle + Cystocèle, marquée.
- Opérée le 11-7-62.

Anesthésie générale au Nesdonal + O2.

Hystérectomie vaginale totale : l'utérus présente un noyau fibromateux de volume d'une orange au niveau de sa corne gauche.

Ablation de l'ovaire G porteur d'un kyste de la taille d'un oeuf de poule.

Amarrage des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne en cravatant la fermeture du péritoine.

Colpectomie antérieure. Colporraphie.

Colpextomie. Colpopérinéorrhaphie postérieure.

- Sondes de Foley à demeure. Compresses intra-vaginales.
- Suites opératoires assez bonnes.
- Exéat le 14^e jour : Bonne cicatrisation.
- Revue le 30-8-62 : Bon résultat.

Observation N°17.

Mme Le Thi-Ng. 44ans, para 6236, ménagère, dossier N° 16 973 est entrée le 20-8-65 pour Prolapsus utérin.

- Antécédents obstétricaux normaux.
- Histoire : Début depuis 6 ans par pesanteur pelvienne, sensation de corps étranger dans le vagin et pollakiurie.

Quelques années plus tard, la femme s'aperçoit lors d'une poussée ou d'une marche prolongée de l'apparition d'une masse de la grosseur d'un citron à l'orifice vaginale.

Examen : Lors d'un effort de poussée, l'utérus apparaît à la vulve avec des plis vésicaux en avant. Prolapsus du 2^e degré + Cystocèle.

- opérée le 2 - 9-65.
- Hystérectomie totale à la Heaney.
- Amarrage des ligaments utérins à la tranche vaginale.
- Périnéorrhaphie postérieure avec myorrhaphie.
- Bonnes suites opératoires.
- Exéat au 10^e jour.
- Revue le 3-II-65)
9-3-66 } Bons résultats.

II - Procédé de Lefort.

Observation N°18.

Mme Nguyen-Thi-Ch. 66 ans, para 0010, employée, dossier N°17 612 est entrée le 26-II-60 pour Prolapsus du 2^e degré.

- Antécédents : A 17 ans, avortement de 3 mois.
- Histoire : Aménorrhée à l'âge de 51 ans.

Début depuis 2 mois par sensation d'une petite masse au niveau de la vulve, accompagnée de constipation et d'oligurie.

Examen : Cystocèle de grosseur d'un citron qui fait hernie à la vulve.

- Présence d'une bride verticale de 3 cm.

TV : vagin de 4cm semblant se terminer en cul de sac. Présence d'une bride verticale à l'entrée de l'orifice vulvaire.

- On ne sent ni le col, ni le corps utérin au toucher.
- Opérée le 28-II-60.

On sectionne la cloison incomplète et sagittale, séparant les 2 vagins, alors que le col utérin sort de 1cm de la vulve.

I2 - Cas particulier : Prolapsus génital et grossesse.

Observation N° I9.

Mme Luu-Thi-R. 38 ans. 5 Geste para 4003, ménagère, dossier N° I5 727 est entrée le 4-8-65 à 13h30 pour grossesse à terme et Prolapsus utérin.

- Histoire : Prolapsus datant d'un an et demi.

A 19 h de ce jour, elle présente les premières douleurs du travail, mais la dilatation du col qui prolabe en dehors de la vulve tarde à apparaître. Et le 7-8 à 9 h 55, on commence à injecter un dilatateur du col le Buscopan qui est répété 6 fois toutes les 2 heures.

Le 9-8-65 à 17h45, on fait une césarienne pour arrêt de progression de la tête foetale + début de souffrance foetale. On réalise une césarienne transversale après laparatomie médiane sous-ombilicale, une extraction par la tête d'une fille vivante pesant 3 900 g. Le placenta s'insère au fond utérin. L'examen révèle un 2e utérus à droite, complètement séparé de l'utérus gravidé, de volume d'une grosse orange enclavé dans le Douglas. On libère cet utérus et on fait la ligature et section des trompes à la demande. On ferme la paroi en 3 plans : catgut-lin-agrafes. -les suites opératoires, sont fébriles pour 2 jours.

- Exéat au 20^e jour avec bonne cicatrisation.

- Réhospitalisée le 27-7-66 : pour cure de Prolapsus par hystérectomie totale par voie vaginale et périnéorraphie.

- Revue le 2-8-67 : les Résultats sont bons.

R E S U L T A T S.

-:-

ETUDES CRITIQUES ET COMPARATIVES DES PRINCIPALES METHODES.

Du début de I 959 à la fin de I 965, les opérateurs de la Clinique Gynécologique et Obstétricale de la Faculté ont réalisé au total 446 cures chirurgicales de Prolapsus génitaux à tous les degrés.

Ces opérations peuvent être réparties ainsi :

- I colpopérinéorraphie antérieure et postérieure isolée.
- 2 colpopérinéorraphies postérieures isolées dont I de I 959 à I 962 et I de I 962 à I 965.
- I colpopérinéorraphie antérieure isolée.
- 95 procédés de Manchester dont 46 de I 959-62 et 49 cas les années suivantes.
- 21 interpositions vésico-vaginales de l'utérus de Watkins dont 9 de I 959 à I 962 et 12 de I 962-65.
- 25 ligamentopexies à la Doléris dont 16 cas les 4 premières années et 9 les dernières années.
- 18 hystéropexies isthmiques se répartissant en 12 cas et 6 cas durant ces 2 périodes.
- 14 hystéropexies corporeales extra-péritonéales d'Epstein se répartissant en 7 cas + 7 cas.
- 3 hystéropexies totales par voie abdominale dont 3 et 1.
- 32 interventions complexes de Spalding Richardson dont 19 et 13.
- 159 panhystérectomies par voie vaginale dont 6 en I 962 (l'opération n'étant commencé qu'à partir de cette année). et 153 les 3 années suivantes.
- 73 obturations de Lefort dont 28 cas sont opérés les 4 premières années et 45 les 3 dernières.
- 2 colpohystérectomies élargies pour Prolapsus utérin + Cancer du col associé.

Pour la commodité de la lecture, nous exposons ces chiffres en un tableau.

NATURE DE L'INTERVENTION	1959-62	1963-65	Total
Colpopérinéorraphie antérieure	1	0	1
Colpopérinéorraphie postérieure	2	0	2
Colpopérinéorraphie ant. et Post.	1	0	1
Hystéropexie isthmique	12	6	18
Hystéropexie corporeale d'Epstein	7	7	14
Ligamentopexie de Doléris	16	9	25
Procédé de Manchester	46	49	95
Procédé de Watkins	9	12	21
Procédé de Spalding-Richardson	19	13	32
Procédé de Heaney	6	153	159
Procédé de Lefort	28	45	73

Les résultats de ces différentes méthodes seront réunis en un tableau récapitulatif qui nous permettra de faire des études critiques et comparatives.

Les colpopérinéorrhaphies antérieures et postérieures seules ou associées ayant pour but de reconstituer un plan d'appui inférieur est une opération simple et non dangereuse. Rares à l'état isolé, elles sont par contre présentes dans la plupart des autres techniques, constituant alors un élément de soutien important. Si les ligamentopexies antérieures laissent en général à l'utérus suffisamment de liberté et n'entravent que rarement le déroulement de la grossesse, ce qui est utilisable aussi bien chez les jeunes que chez les âgées, les récurrences sont plutôt fréquentes, 6 cas sur 25 sont revenus pour récurrences. Elles semblent être indiquées chez les femmes jeunes ayant un utérus sain et désirant encore des enfants.

Les Hystéropexies isthmiques laissant rarement évoluer les grossesses jusqu'à terme selon les statistiques anciennes (10 avortements et 3 prématurés sur 67 grossesses après hystéropexies isthmiques selon Lucien), sont condamnées au même titre que les pexies corporéales chez les femmes jeunes. Les récurrences ne sont pas rares. Elles ne semblent pas avoir d'indication spéciale, ce qui nous incite à préférer d'autres techniques plus élégantes et plus efficaces.

A l'heure actuelle, les interventions par voie abdominales ne sont utilisées que dans certains cas spéciaux où l'intervention par voie vaginale rencontre des difficultés.

Nous arrivons maintenant à la voie basse, outre les colpopérinéorrhaphies antérieures et postérieures qui sont des éléments quasi constants et indispensables dans toute cure de Prolapsus génitaux, nos opérateurs ont recours à d'autres techniques de base qui offrent de bonnes garanties. Ce sont les procédés de Manchester, de Watkins, de Lefort et de Heaney.

La mortalité est nulle dans tous les cas. Parmi les cas revus, les résultats sont satisfaisants. Cependant nous ne pouvons établir une statistique adéquate par manque de recul de temps et surtout par le petit nombre de cas revus. (La femme peut être guérie de tous les symptômes, ne se croit plus nécessaire de revenir au rendez-vous fixés, d'autres suppositions encore possibles : manque de temps, d'argent, difficulté de déplacement en temps de guerre ...)

Seules, les opérées par procédé de Heaney, sont revenues au cours de ces dernières années avec un nombre acceptable, 81 sur 159, soit 51 % des cas. Les résultats sont bien loin de nous inciter au pessimisme.

Le procédé de Manchester amputant le col peut permettre une grossesse ultérieure : cependant les avortements les présentations anormales, les dystocies ne sont pas rares.

Quant aux procédés de Watkins et de Lefort, ce dernier étant réservé aux femmes âgées plus ou moins tarées qui consentent même à la suppression de toute vie génitale; toute possibilité de grossesse est bannie

Ainsi, nous préférons une hystérectomie par voie vaginale, procédé élégant ne causant pas une cicatrice abdominale, moins choquant qu'une intervention par voie haute; qui nous permet d'écarter toute idée de dégénérescence ultérieure.

La méthode de Spalding-Richardson a connu sa valeur pendant plusieurs années, mais depuis l'introduction du procédé de Heaney dans notre Clinique en 1962, elle est moins utilisée, car quoique toujours méritante, on lui reproche d'être trop compliquée et longue.

C O N C L U S I O N

-/--/--/-

Durant ces dernières années, dans tous les pays du monde, aussi bien en France, en Allemagne, aux Etats-Unis, en Angleterre, qu'au Vietnam, la cure chirurgicale des prolapsus génitaux semble être réalisée de préférence par voie vaginale évitant à la femme à la fois un choc qui peut être mortel et une cicatrice abdominale peu esthétique.

Ainsi selon l'indication, diverses méthodes sont utilisées : Manchester, Watkins, Lefort, Spalding-Rhnhardson, Heaney, presque toujours associées à une platie péri-néale.

Comme ces traitements chirurgicaux perturbent plus ou moins le déroulement d'une grossesse, il vaut mieux si la femme a un nombre suffisant d'enfants, pratiquer tout de suite une panhystérectomie vaginale.

La méthode la plus couramment utilisée à l'heure actuelle dans notre Clinique est celle de Heaney, simple, rapide, peu choquante, surtout efficace associée à un amarage des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne et à une colpopérinéorraphie antérieure et postérieure avec suture du fascia de Halban et myorraphie des Releveurs.

Elle est indiquée chez les multipares aux environs de la ménopause, présentant un prolapsus avancé, trainant depuis longtemps ; elle est d'autant plus vivement indiquée qu'une lésion utérine plus ou moins suspecte nécessite l'ablation obligatoire de l'organe.

Malgré le manque de recul du temps, nos résultats 81 sur 159 cas soit 51 % revus de 1 mois à 2 ans, dont 3 Récidives partielles : 2 déroulements de la paroi vaginale antérieure et une rectocèle; nous mettent sur la voie de l'espérance.

Vu, le Président de Thèse
Professeur P. MORIN.

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. Brouet.

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de L'Académie de PARIS.

Jean ROCHE.

B I B L I O G R A P H I E .

- Andersen K.M : A propos des opérations de Prolapsus génitaux (Mord-Med 34-452-48).
- Blanchard O. Gentile J.M. : L'hystérectomie et des indications dans P.G. (Rev. Ass. Med. Arg 67 : 217-53).
- Brun : La ligamentopexie selon la technique de Doléris. (Thèse Bordeaux 39).
- Brunets (Mme) : L'interposition vésico-vaginale dans la cure des P.G. (Thèse Paris 53).
- Campbell A.D. : Hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin (Am. J. Obst. Gyn. 33 : 209-37).
- Cartoux G : La ventrofixation extra-péritonéale dans le traitement des prolapsus génitaux des vieilles femmes (Procédé d'Eipstein de Bucarest, étude anatomo-physiologique et résultats (Revue. Md. Française Extr. Or. 1943).
- Colte G. Crerpsel J. : Traitement du Prolapsus des vieilles femmes par cloisonnement du vagin (Lefort) Jch 20 :145-229
- Delors M. : De l'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans le P.G. (Th. Paris 1944).
- Engleman C : Opération de Manchester . Fothergill pour prolapsus utérin (Surd Vam vi-48).
- Heaney : (H. Sproat) de Chicago-Illinois. "Vaginal Hysterectomy. Its indications and technique" in the American Journal of Surgery. April (1940) pages 204-288.
- Huard : P. Montagne M :
 - Anatomie et physiologie du plancher pelvien (Loc. Cit. pages 336-362).
- Leibo-vici. Yovanovitch : La suspension utérine dans le traitement des P.G. (Rec. Chir. Oct. 1937).
- Merger (R) Levy (J) Barrat (J) : Traitement chirurgical des Prolapsus génitaux (1964) Masson et Cie.
- Michel R.L. Thérapeutique chirurgicale des P.G., résultats éloignés (Th. Paris 1950).
- Hoang-ngoc-Minh et Nguyen-van-Nhut : Rôle des ligaments utero-sacrés dans la cure des prolapsus génitaux Acta Médica Vietnamica vol. n-1-4-1966.

- Hoang-Ngoc-Minh : Hystérectomie totale vaginale suivie de fixation des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne dans le traitement des prolapsus génitaux : Comptes-rendus de la Soc. Française de Gynécologie-Déc. I 965.
- Hoang Ngoc-Minh et Nguyen-van-Nhut : Hystérectomies vaginales dans le traitement des prolapsus - Bulletin du Syndicat de Médecine N° 18-oct. Déc. 1965.
- Nguyen-van-Nhut : l'hystérectomie totale vaginale suivie de fixation des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne et associée à la périnéorraphie dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse de Saïgon : I 965.
- Phancuf L.E : Le traitement des prolapsus utéro-vaginal (J. Int. Ch. 13 : 34-53).
- Pratt (Joseph Hyde) Technique of vaginal hysterectomy (Mayo Clinic).
- Rahban N. : Notre conception dans le traitement chirurgical des Prolapsus des femmes susceptibles de maternité (Thèse Paris 53).
- Richard W. Te Linde : Opérative gynecology : 2nd Edition (JB. Lippincott Compagny. Philadelphia Montreal).
- Rouhier G . : La cure chirurgicale des gros prolapsus génitaux (J. Chirurgie Janvier I 940).
- Testut et Latarjet A : Traité d'anatomie humaine (tome V. Péritoine. Appareil uro-génital I 949).
- Williams G. Richardson Ac : Traitement des prolapsus utérin secondaire. Hystérectomie. Greffe de l'aponévrose du Grand Oblique (A. JO . G. 64 : 552-52).
- Williams JT. : Hystérocœlectomie vaginale pour prolapsus utéro-vésical (Am J.O. 59-365-50).

